

Camilla Volpato Broering

**EFEITOS DA PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA PRÉ-CIRÚRGICA
EM CRIANÇAS SUBMETIDAS A CIRURGIAS ELETIVAS E
SUAS MEMÓRIAS**

Tese apresentada, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Doutorado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi

Florianópolis
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Broering, Camilla Volpato
Efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em
crianças submetidas a cirurgias eletivas e suas memórias /
Camilla Volpato Broering ; orientadora, Maria Aparecida
Crepaldi - Florianópolis, SC, 2014.
255 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa
de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Hospitalização Infantil. 3. Cirurgia
na infância. 4. Preparação psicológica pré-cirúrgica. 5.
Memórias pós-cirúrgicas. I. Crepaldi, Maria Aparecida. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Psicologia. III. Título.

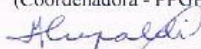
Camilla Volpato Broering


*Efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças
submetidas a cirurgias eletivas e suas memórias*

Tese aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

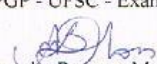
Florianópolis, 12 de dezembro de 2014.

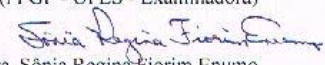

Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
(Coordenadora - PPGP/UFSC)


Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(PPGP - UFSC - Orientadora)


Dra. Carmen Leontina O. Ocampo Moré
(PPGP - UFSC - Examinadora)


Dr. Mauro Luis Vieira
(PPGP - UFSC - Examinador)


Dra. Alessandra Brünoro Motta Loss
(PPGP - UFES - Examinadora)

X 
Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo
(PPGP - PUC Campinas - Examinadora)

Dra. Maria Beatriz Martins Linhares
(PPGP – USP – Suplente)

Dra. Daniela Ribeiro Schneider
(PPGP – UFSC – Suplente)

Dedico este trabalho a todas as rianças
e famílias que dele participaram, e sem
as quais não teria sido possível realizá-
lo!

Aos meus pais, pelo alicerce sempre!!

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo Dom da Ciência! E por oferecer oportunidades, coragem, determinação e força para desenvolver este trabalho, tornando-me forte em cada momento de fraqueza.

À minha orientadora, professora Dra. Maria Aparecida Crepaldi, pela confiança e incentivo em toda minha trajetória como pesquisadora! Agradeço a paciência, a acolhida, o carinho, o compartilhar de oportunidades e reflexões, além da oportunidade de crescimento e aprimoramento profissional e intelectual.

Aos meus pais, meus grandes incentivadores, pela força, pelo apoio, pela compreensão e carinho sempre. Vivenciaram de perto todas as minhas dúvidas, aflições e questionamentos, e me fizeram acreditar que sempre posso ir mais longe. A força de vocês foi fundamental, e por isso, essa conquista é de vocês também!

Ao meu irmão Raphael, que mesmo não gostando muito da vida acadêmica, sempre valorizou meu esforço, sendo sempre um grande amigo.

A todos os colegas e professores da Área 3 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC, pelo compartilhar de experiências, e pelo incentivo nas horas de desânimo.

Aos professores, Dr.^a Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré, Dr. Mauro Luís Vieira, Dr.^a Alessandra Brunoro Motta Loss, Dr.^a Sonia Regina Fiorim Enumo, Dr.^a Maria Beatriz Martins Linhares, Dr.^a Daniela Schneider, por aceitarem participar da banca examinadora e dedicar sua atenção para a leitura do meu trabalho, trazendo grandes contribuições para o enriquecimento do mesmo.

Aos professores examinadores da Banca de Qualificação por aceitarem prontamente o convite e contribuírem para o seguimento desta tese, Dr.^a Ana Maria Faraco de Oliveira, Dr.^a Andréa Barbará Bousfield e Dr.^a Marina Menezes.

À Professora Dr.^a Arceloni Neusa Volpato, pela contribuição na revisão linguística desta tese, bem como, pela força e incentivo.

Aos meus amigos, pelo carinho e compreensão em aceitar minha ausência,

Ao amigo, aluno e colega Antônio Carlos Lançoni Junior, pela ajuda sem tamanho na coleta de dados. Obrigada pelo empenho, dedicação e carinho com que trataste meus dados!

Às alunas Andrielle Novak e Fernanda Seidel Bortolotti, pelo carinho e cuidado com que trataram meus dados, para realizarem sua pesquisa de Iniciação Científica!

À Carol e ao Erik, peças-chave nas análises estatísticas dos dados, pela generosidade em compartilhar seus saberes e questionamentos. A ajuda de vocês foi imprescindível para a conclusão desta tese!

Às amigas Lauren e Beatriz que sempre me apoiaram e incentivaram nas análises estatísticas.

À amiga Daiane Beneton, psicóloga do hospital no período no qual a pesquisa foi realizada, que foi totalmente disponível, proporcionando ajuda sem tamanho.

A todas as crianças e seus familiares que cederam um pouco de seu tempo num momento tão delicado que é a situação pré-cirúrgica, para colaborarem com a minha pesquisa.

A toda equipe do hospital no qual a pesquisa foi realizada, por me cederem seu espaço, acreditar na proposta e visarem o bem-estar de suas crianças.

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pela oportunidade de realizar o curso de doutorado. E à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos durante parte do curso de doutorado.

Enfim, a todos aqueles que não foram citados, mas que de algum modo contribuíram para o término deste trabalho.

RESUMO

O presente estudo investigou os efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças submetidas a cirurgias eletivas e suas memórias, de acordo com três programas de preparação. Os procedimentos cirúrgicos, embora tenham por finalidade promover o restabelecimento do paciente, produzem elevados níveis de stress e ansiedade nos pacientes pediátricos, pois adquirem caráter invasivo e agressivo, embora atualmente já se pense no hospital como um ambiente promotor de saúde. No entanto, durante algum tempo a cirurgia pode interferir no desenvolvimento psicológico de uma criança de forma definitiva. A pesquisa foi realizada em um hospital infantil, com 80 crianças, e utilizou-se a Escala de Stress Infantil (ESI), o Inventário de Ansiedade Infantil (IDATE-C), entrevista com as mães e com as crianças, técnica do desenho para evocar memórias e a preparação psicológica. Realizou-se três etapas distintas. Na primeira ocorreu a entrevista com a mãe, aplicação da ESI e do IDATE-C, antes da preparação e a preparação propriamente dita. Esta foi dividida em três grupos de preparação: informações verbais, informações com manuseio de um boneco, e um vídeo explicativo. Na segunda etapa ocorreu a reaplicação da ESI e do IDATE-C, e a entrevista com a mãe, depois da preparação, no dia da cirurgia. Na terceira etapa, cerca de 15 dias após a realização da cirurgia, foi realizada a entrevista com a criança e a técnica do desenho para evocar memórias. Esta etapa ocorreu na residência da criança. Os resultados mostraram que há redução do nível de stress e da ansiedade depois da preparação, embora não tenha havido diferença estatística significativa quanto ao tipo de programa utilizado, de acordo com os testes de correlação. Observou-se que o grupo que apresentou a maior diferença de média do stress total entre o pré-teste e o pós-teste foi o G3, o qual obteve uma média de 44,25 (DP=22,93) no pré-teste e 30,65 (DP=19,59) no pós-teste. De acordo com uma análise de regressão linear múltipla e multivariada, pôde-se notar que a diferença entre gêneros foi pequena se comparada ao efeito do tratamento de G3. No caso do stress as meninas indicaram um menor stress. A ansiedade, por sua vez, apresenta um resultado inverso: os escores de ansiedade nas meninas são maiores que os dos meninos, sugerindo haver mais ansiedade nos grupos femininos. Os meninos com maior nível de stress e ansiedade no pré-teste foram mais beneficiados com os programas de intervenção do G3. A preparação reduziu o stress e comportamentos negativos e inadequados no pós-cirúrgico, o que leva a concluir que a

preparação, independente da forma como é feita é eficaz. Neste estudo, as análises qualitativas corroboraram tal fato. Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre grupos, porém, os resultados qualitativos indicaram uma tendência à diferença entre os grupos G2 e G3, apontando-os como mais eficazes. Há implicações práticas para o atendimento psicológico das crianças em situação pré-cirúrgica e limitações a serem consideradas quando se pesquisa esta área da psicologia pediátrica.

Palavras-chave: Hospitalização infantil. Preparação psicológica. Stress pré-cirúrgico. Ansiedade pré-cirúrgica. Cirurgia na infância. Memórias pós-cirúrgicas.

ABSTRACT

The present study investigated the effects of preoperative psychological preparation for children undergoing elective surgery and their memories, according to three preparation programs. Surgical procedures, although the purpose of promoting the restoration of the patient, produces high levels of stress and anxiety in pediatric patients because acquire invasive and aggressive character, although currently already think the hospital as a health promoting environment. However, sometimes during surgery may interfere with the psychological development of a child permanently. This study was conducted in a children's hospital, with 80 children, and used the Child Stress Scale (ESI), the Children's Anxiety Inventory (STAI-C), interviews with the mothers and children, technical drawing for evoke memories and the psychological preparation. We carried out three different steps. In the first interview with the mother, and the application of ESI and STAI-C, before to the preparation and the preparation itself. This was divided into three preparation groups: verbal information, with information handling a doll and another consisting of occurred an explanatory video. In the second stage occurred reapplication of ESI and the STAI-C, and the interview with the mother, after preparation, in the day of surgery. In the third stage, about 15 days after the surgery, the interview with the child and the technique to evoke memories of the drawing was held. This step occurred in the residence of the child. The results showed that there is a reduction in the level of stress and anxiety after preparation, although there was no statistically significant difference in the type of program used, in the correlation tests. It was observed that the group that showed the greatest difference in mean total stress between pre-test and post-test was the G3, which obtained an average of 44.25 (SD = 22.93) in the pretest and 30.65 (SD = 19.59) at posttest. According to an analysis of variance and multivariate linear regression, it could be noted that the difference between genders was small compared to the effect of treatment of G3. In the case of girls stress showed a lower stress. Anxiety, in turn, presents an opposite result: the anxiety levels are higher in girls than boys, suggesting more anxiety in the female groups. Boys with higher levels of stress and anxiety in the pre-test were more benefited by intervention programs G3 preparation reduced the stress and negative and inappropriate behaviors after surgery, which leads to the conclusion that preparation, regardless of the form as is done is effective. In this study, qualitative analysis supported this fact. No statistically significant

differences were found between groups, however, the qualitative results indicated a trend towards a difference between the G2 and G3 groups, pointing them out as more effective. There are practical implications for the psychological care of children in pre-surgical situation and limitations to consider when researching this area of pediatric psychology.

Keywords: Infant hospitalization. Psychological preparation. Pre-surgical stress. Pre-surgical anxiety. Childhood surgery. Postsurgical memories.

RÉSUMÉ

La présente étude a examiné les effets de la préparation psychologique préopératoire chez des enfants opérés et souvenirs élective, selon trois programmes de préparation. Les interventions chirurgicales, bien que le but de promouvoir la restauration du patient, produisent des niveaux élevés de stress et d'anxiété chez les patients pédiatriques parce qu'acquérir un caractère invasif et agressif, même si actuellement pense déjà à l'hôpital comme un environnement de promotion de la santé. Cependant, quelque temps pendant la chirurgie peut interférer avec le développement psychologique de l'enfant de façon permanente. L'enquête a été menée dans un hôpital pour enfants, avec 80 enfants, et utilisé l'échelle de stress de l'enfant (ESI), anxiété Inventaire des enfants (STAI-C), les entretiens avec les mères et les enfants, conception technique pour évoquer des souvenirs et de la préparation psychologique. Nous avons effectué trois étapes différentes. Dans la première entrevue avec la mère, et la demande de l'ESI STAI-C, avant la préparation et la préparation elle-même. Cela a été divisé en trois groupes de préparation: l'information verbale, avec la manipulation d'une marionnette d'informations, et une vidéo explicative. Dans la deuxième étape produit une nouvelle demande de l'ESI et le STAI-C, et l'entrevue avec la mère, après la préparation, le jour de la chirurgie. Dans la troisième étape, environ 15 jours après la chirurgie, l'entrevue avec l'enfant et la technique d'évoquer des souvenirs du dessin a eu lieu. Cette étape a eu lieu dans la résidence de l'enfant. Les résultats ont montré qu'il existe une réduction du niveau de stress et d'anxiété après la préparation, bien qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans le type de programme utilisé, dans les tests de corrélation. Il a été observé que le groupe qui a montré la plus grande différence dans la contrainte totale moyenne entre pré-test et post-test était le G3, qui a obtenu une moyenne de 44,25 (SD = 22,93) dans le pré-test et 30,65 (SD = 19,59) au post-test. D'après une analyse de la variance et de la régression linéaire à variables multiples, il peut être noté que la différence entre les sexes était faible par rapport à l'effet du traitement de G3. Dans le cas des filles le stress ont montré une diminution du stress. Anxiété, à son tour, présente un résultat inverse: les niveaux d'anxiété sont plus élevés chez les filles que chez les garçons, ce qui suggère plus d'anxiété dans les groupes de femmes. Les garçons avec des niveaux plus élevés de stress et d'anxiété dans le pré-test ont été plus avantagés par les programmes d'intervention préparation

G3 réduit le stress et les comportements négatifs et inappropriés après la chirurgie, ce qui conduit à la conclusion que la préparation, quelle que soit la forme comme on le fait, c'est efficace. Dans cette étude, l'analyse qualitative a soutenu ce fait. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les groupes, cependant, les résultats qualitatifs indiquent une tendance à la différence entre le G2 et G3 groupes, les désignant comme plus efficace. Il ya des implications pratiques pour la prise en charge psychologique des enfants en situation pré-opératoire et les limites à prendre en compte lors de la recherche de ce domaine de la psychologie pédiatrique.

Mots-clés: Hospitalisation infantile. Préparation psychologique. Le stress pré-opératoire. L'anxiété pré-opératoire. La chirurgie de la petite enfance. Des souvenirs post-chirurgicales.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Etapas do procedimento de coleta de dados.....	95
Figura 2. Comparação do stress e da ansiedade intra grupos e entre os grupos.....	110
Figura 3. Comparação do stress intra grupos e entre os grupos	111
Figura 4. Comparação da ansiedade-estado intra grupos e entre os grupos.....	112
Figura 5. Estimativas e intervalos de 95% de confiança para os três tratamentos de stress e ansiedade	119
Figura 6. Resíduos para a variável Stress.....	120
Figura 7. Resíduos para a variável Ansiedade.....	120

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 <i>Design experimental da pesquisa</i>	83
Tabela 2 <i>Número de crianças por faixa etária divididas nos Grupos G1, G2, G3 e G4</i>	85
Tabela 3 <i>Número de crianças por gênero divididas nos Grupos G1, G2, G3 e G4</i>	85
Tabela 4 <i>Frequência de tipos de cirurgia divididos nos Grupos G1, G2, G3 e G4</i>	85
Tabela 5 <i>Frequência de renda aproximada dividida nos Grupos G1, G2, G3 e G4</i>	86
Tabela 6 <i>Frequência do nível de escolaridade das crianças, divididas nos Grupos G1, G2, G3 e G4</i>	86
Tabela 7 <i>Frequência de ocorrência de acompanhantes das crianças divididos nos Grupos G1, G2, G3 e G4</i>	87
Tabela 8 <i>Médias e desvios padrões obtidos por cada grupo em cada uma das dimensões da ESI</i>	100
Tabela 9 <i>Médias e desvios padrões obtidos por cada grupo em cada uma das dimensões do IDATE-C</i>	101
Tabela 10 <i>Médias e desvios padrões obtidos por cada grupo na dimensão Reações Físicas no pré e pós-teste</i>	113
Tabela 11 <i>Médias e desvios padrões obtidos por cada grupo na dimensão Reações Psicológicas no pré e pós-teste</i>	113
Tabela 12 <i>Médias e desvios padrões obtidos por cada grupo na dimensão Reações Psicológicas com componente depressivo no pré e pós-teste</i>	114
Tabela 13 <i>Médias e desvios padrões obtidos por cada grupo na dimensão Reações Psicofisiológicas no pré e pós-teste</i>	114
Tabela 14 <i>Médias e desvios padrões obtidos por cada grupo no Stress Total no pré e pós-teste</i>	115
Tabela 15 <i>Médias e desvios padrões obtidos por cada grupo na Ansiedade-Traço no pré-teste e pós-teste</i>	116
Tabela 16 <i>Médias e desvios padrões obtidos por cada grupo na Ansiedade-Estado no pré-teste e pós-teste</i>	116

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A - Amigdalectomia
AD – Adenoidectomia
CC – Centro Cirúrgico
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª Edição
EC – Entrevista Cognitiva
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
ESI – Escala de Stress Infantil
G1 – Grupo de Informação
G2 – Grupo do Boneco
G3 – Grupo Vídeo
G4 – Grupo de Controle
HI – Hérnia Inguinal
HU – Hérnia Umbilical
IDATE C – Inventário de Ansiedade Traço-Estado para crianças
ISS-I – Inventário de Sintomas de Stress Infantil
LABSFAC – Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade
P – Postectomia
PNH – Política Nacional de Humanização
PPCT – Pessoa, processo, contexto e tempo
RNPT – Recém nascido pré-termo
RPA – Recuperação Pós-Anestésica
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
VD – Variável Dependente
VI – Variável Independente
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	27
2 OBJETIVOS	33
2.1 Objetivo geral.....	33
2.2 Objetivos específicos.....	33
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	37
3.1 Hospitalização na infância	37
3.1.1 Modelo Bioecológico e hospitalização infantil	44
3.1.2 Cirurgia na infância.....	48
3.2 Ansiedade, stress e estado emocionais.....	53
3.3 Preparação psicológica da criança para a cirurgia.....	62
3.4 O Estudo das memórias pós-cirúrgicas	74
4 MÉTODO.....	81
4.1 Caracterização da pesquisa	81
4.2 Participantes	83
4.3 Contexto da pesquisa.....	87
4.4 Instrumentos e técnicas	88
4.4.1 Escala de Stress Infantil (ESI).....	88
4.4.2 Inventário de Ansiedade Traço-Estado para crianças (IDATE	
– C).....	90
4.4.3 Entrevista com a mãe	90
4.4.4 Kit de preparação pré-cirúrgica.....	92
4.4.5 Vídeo Explicativo.....	93
4.4.6 Desenhos para evocar memórias	94
4.5 Procedimento de coleta de dados.....	95
4.5.1 Primeira etapa – antes da preparação pré-cirúrgica.....	96
4.5.2 Segunda etapa – após a preparação pré-cirúrgica.....	97
4.5.3 Terceira etapa – após cirurgia	97
4.6 Procedimento de análise de dados.....	98
4.6.1 Análise da Escala de Stress Infantil	98
4.6.2 Análise do Inventário de Ansiedade Traço – Estado para	
crianças.....	99
4.6.3 Análise estatística dos resultados	99
4.6.4 Análise de conteúdo verbal dos relatos da criança e das mães	
.....	101
4.6.5 Análise dos desenhos das crianças	101
4.7 Procedimentos éticos	102
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	105
5.1 Resultados Quantitativos.....	105

5.1.1 Reações apresentadas pelas crianças de acordo com o ESI	105
5.1.2 Dimensões apresentadas avaliadas pelo IDATE-C.....	108
5.1.3 Comparação entre os grupos.....	109
5.2 Análise dos relatos das mães na segunda entrevista	121
5.2.1 Análise das entrevistas com as mães do G1.....	121
5.2.2 Análise das entrevistas com as mães do G2.....	122
5.2.3 Análise das entrevistas com as mães do G3.....	123
5.2.4 Análise das entrevistas com as mães do G4.....	125
5.2.5 Comparação entre os grupos.....	126
5.3 Análise dos desenhos das crianças.....	128
5.3.1 Análise dos desenhos do G1	128
5.3.2 Análise dos desenhos do G2	129
5.3.3 Análise dos desenhos do G3	131
5.3.4 Análise dos desenhos do G4	132
5.3.5 Comparação entre os grupos	133
5.4 Análise das entrevistas com as crianças	135
5.4.1 Análise das entrevistas do G1.....	136
5.4.2 Análise das entrevistas do G2.....	138
5.4.3 Análise das entrevistas do G3.....	141
5.4.4 Análise das entrevistas do G4.....	144
5.4.5 Comparação entre os grupos.....	146
6 DISCUSSÃO.....	151
6.1 Preparação psicológica pré-cirúrgica.....	152
6.2 Efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em meninos e meninas.....	159
6.3 Fatores que podem influenciar no stress e na ansiedade	162
6.4 Memórias pós-cirúrgicas	165
6.5 Relação entre os objetivos e hipóteses	169
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	171
7.1 Principais conclusões.....	171
7.2 Considerações metodológicas e limitações	172
7.3 Desdobramentos para a prática	174
7.4 Desdobramentos para a pesquisa	176
8 REFERÊNCIAS.....	179
9 APÊNDICES	201

APRESENTAÇÃO

A presente tese de doutorado está inserida num projeto mais amplo, realizado pelo Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade (LABSFAC), cujo título é “Atenção psicológica à saúde de crianças submetidas a procedimentos invasivos e à família”. Dentro deste, tem como temática principal, o atendimento psicológico a crianças a serem submetidas a procedimentos invasivos, tais como as cirurgias. Este projeto está sob a coordenação da Profa. Dra. Maria Aparecida Crepaldi, e volta-se à Linha de Pesquisa Saúde, Família e Desenvolvimento Psicológico, da Área de Concentração Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento Psicológico, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Após a realização de uma pesquisa (Broering, 2008) nesta área, cujo objetivo foi averiguar os efeitos de dois programas de preparação psicológica no stress e na ansiedade de crianças submetidas a cirurgias eletivas, outras questões de interesse foram levantadas, tais como: Como avaliar a criança no período pós-cirúrgico? A inclusão de um grupo de controle interferiria nos resultados? Qual seria a importância em se adotar um procedimento que utilizasse desenho animado em um terceiro Programa de Intervenção? Qual seria o efeito da preparação psicológica nas memórias de crianças algum tempo depois da cirurgia? Tais questões nortearam um interesse que se pretendeu atualizar no presente projeto de pesquisa, cuja pergunta foi assim elaborada: **Quais os efeitos de três programas diferentes de preparação psicológica pré-cirúrgica no stress, na ansiedade e nas memórias posteriores de crianças submetidas a cirurgias eletivas?** Em virtude destas questões levantadas, surgiu o interesse em aperfeiçoar a pesquisa realizada, e incluir novas variáveis a serem testadas, de uma forma mais completa e estruturada, e assim, suprir as carências encontradas no primeiro momento.

No que diz respeito a crianças, as implicações comportamentais e emocionais em decorrência do procedimento cirúrgico são, em sua maioria, provenientes da falta de preparação. Esta pode ocorrer, seja pela ausência de um programa educacional pré-operatório, seja pela ausência de compreensão da equipe profissional de que a criança tenha capacidade para lidar com situações ansiogênicas e compreender a situação pela qual está passando. E foi por estas constatações que este passou a ser o tema de pesquisa desta tese de doutorado.

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como campo de investigação a área de Psicologia Hospitalar, e dentro desta, a contextualização da presente temática se ancora em dois parâmetros principais que nortearam a busca por aprofundamento dos estudos, tanto com o intuito de melhor responder às inquietações em nível acadêmico, quanto no sentido de melhor acolher as demandas que se impunham a nossa prática.

O momento de hospitalização implica em uma interrupção do ritmo comum de vida, seja por curto ou longo prazo. Toda uma cadeia de hábitos e condicionamentos sofre alterações em maior ou menor escala, sendo que os mecanismos habitualmente utilizados, recebem também a repercussão dessa mudança intelectual-afetivo-social (Leitão, 1993). Deste modo, esta pesquisa se propôs a estudar a hospitalização de crianças submetidas a cirurgias eletivas, e como a preparação psicológica pré-cirúrgica pode ajudá-las a enfrentarem melhor a situação da cirurgia.

No momento da entrada no hospital, a criança e a família já sentem de início, um clima de apreensão, que muitas vezes marca um período de sofrimento e reflexões. Apenas o fato de estar internado implica em ruptura do domínio sobre si mesmo, passando de uma situação, na qual a pessoa é ativa, para a condição de paciente. Ao ser hospitalizado, o paciente deixa de ter o seu próprio nome para ter um número de leito, ou então alguém portador de uma determinada patologia (Leitão, 1993). Alguns de seus hábitos anteriores terão de se transformar frente à realidade da hospitalização e da doença. Esta situação passa a ser determinante de muitas outras, consideradas invasivas e abusivas na medida em que a equipe não tem acesso aos desejos do paciente e podem, deste modo, não respeitá-los.

A atuação de um psicólogo no serviço hospitalar possibilita a compreensão da dor em todas as suas faces. Para tanto, pode aliviar o sofrimento humano, entendendo o que cada demonstração física de dor quer mostrar, sensibilizar e fazer com que os profissionais de saúde compreendam e tratem o sofrimento, a angústia e o medo de forma digna e humana (Angerami-Camon, Nicoletti & Chiattonne, 1996).

A internação para qualquer pessoa é um momento muito delicado devido às alterações provenientes do ato e continuidade vivencial da hospitalização. No entanto, para a criança, este período pode prejudicar o seu desenvolvimento, visto que a infância é uma fase de inquietude e descobertas, as quais são prejudicadas por um ambiente geralmente visto como frio, estranho e limitador. As crianças costumam ficar mais

chorosas e agarradas aos pais. Se a patologia da qual padece for tão grave a ponto de exigir uma hospitalização, seu quadro emocional tende a piorar, em função de encontrar-se afastada de sua casa, familiares, e principalmente, pelos procedimentos médicos e de enfermagem aos quais será submetida. Na maior parte do tempo, a criança ficará restringida ao leito, submetida à passividade, cercada de pessoas da equipe que lhe são estranhas e que muitas vezes a submetem a procedimentos invasivos. A dor está representada por todas as agulhadas, cortes e outros procedimentos desagradáveis até mesmo para um adulto (Leitão, 1993).

A literatura evidencia que é comum a ocorrência de mecanismos de regressão, através dos quais a criança retorna psicologicamente a uma fase anterior a sua idade. Como uma forma de defesa, pode ocorrer a recusa de alimentos sólidos, aceitando apenas papinhas e líquidos; uma diminuição do vocabulário; perda do controle de esfíncteres; além de ficar muito assustada (Sadala & Antônio, 1995; Sobrinho, Barbosa & Dupas, 2011). O ambiente impessoal, repleto de tabus e significados, a distância de amigos e familiares e o fato de estar cercada por pessoas estranhas que a todo momento a tocam e realizam procedimentos, trazem como consequência ansiedade, insegurança e medo.

A internação hospitalar pode causar danos irreparáveis às crianças, visto que as situações que se-lhes apresentam são de difícil manejo, tornando-as ansiosas, irritáveis, com choro excessivo, mau humor, negativismo ou passividade. Hospitalizar uma criança também interfere na sua interação com a família, e essencialmente, na relação mãe-filho. Muitas vezes essa quebra provocada pela hospitalização é tão marcante que a criança nega sua realidade anterior e passa a viver uma nova circunstância de vida: a hospitalização (Sikilero, 1997). Devido à desagregação familiar, e ao fato de o hospital passar a ser um ambiente de desenvolvimento da criança, ou que afeta direta ou indiretamente o seu desenvolvimento, utilizar-se-á neste trabalho, a perspectiva bioecológica do desenvolvimento humano, com o intuito de possibilitar que o hospital possa ser visto como um ambiente de desenvolvimento e de adaptações para a promoção de uma boa relação entre criança, família e equipe hospitalar.

Em se tratando de pacientes cirúrgicos, além da situação de hospitalização, uma outra realidade é imposta. Há um grupo de fatores pessoais decorrentes da intervenção cirúrgica, que pode vir a gerar complicações na evolução do pré e pós-operatórios. Apesar de trazer benefícios, a cirurgia pode causar reações adversas nos pacientes, que se sentem incapacitados, foram cortados, sentem dor, enfim, percebem-se

violentados. De acordo com Sebastiani (1995), o paciente mobiliza-se frente à cirurgia, defende-se ou esquivase da situação ameaçadora. Todos seus mecanismos de defesa voltam-se para o enfrentamento deste evento crítico. Superada a crise, o paciente pode desenvolver um estado depressivo reativo, que terá duração e intensidade determinadas pelo desgaste físico e emocional experimentado no pré-operatório.

É considerável a qualidade das reações dos pacientes frente à cirurgia. Conforme Sebastiani (1995), nessa situação, os mesmos tendem a mudar, a se refazer, a refinar seu autocontrole, e desta forma limitam suas percepções e sentimentos, negam o perigo, aceitam com estoicismo inevitável e até mesmo, apresentam aparência de satisfação. A considerável valia dessa mudança interna, embora não seja universal, é maior do que se pensa. Com ela, o paciente se entrega a um papel mais passivo, cooperativo e tratável, também se protegendo contra medo e sofrimento.

Esses fatores são ainda mais significativos e complexos quando o paciente é uma criança. Elas temem a realidade concreta, na forma como a interpretam, como os instrumentos e aparelhos cirúrgicos e todos os procedimentos que possam gerar sofrimento e dúvidas e contribuam para aumentar a ansiedade. A intervenção psicológica neste momento torna-se muito promissora, uma vez que pode informar o paciente sobre sua doença e necessidade dos procedimentos a serem realizados, bem como permitir que o mesmo expresse seus sentimentos e insegurança, fantasias e medos, intervindo como um mediador entre paciente, família e equipe de saúde nesta situação (Crepaldi & Hackbarth, 2002). Há estudos que mostram que crianças em via de serem submetidas a intervenções cirúrgicas beneficiam-se de algum tipo de preparação psicológica seja feita (Broering & Crepaldi, 2008; Crepaldi & Hackbarth, 2002; Trinca, 2003; Salmon, 2006; Uman, Chambers, McGrath & Kisely, 2008).

A decisão de realizar uma pesquisa nesta área deve-se ao interesse da pesquisadora neste campo, por acreditar que enquanto membro de uma equipe de saúde pode auxiliar o paciente e sua família no enfrentamento da internação, tratamento e recuperação, minimizando o sofrimento provocado pela hospitalização, e contribuindo para o processo de recuperação. Além disso, um trabalho nesta área visa agir como medida protetiva ao desenvolvimento infantil, numa situação de hospitalização.

O fato de trabalhar com crianças em situação pré e pós-cirúrgica, e observar o quanto estas temem os procedimentos que envolvem a realização da cirurgia, desencadeou a escolha da pesquisadora por

trabalhar com tal área de investigação. As crianças quando preparadas e assistidas em sua ansiedade tendem a se sentir mais confortáveis e colaborativas no processo de recuperação. Quando entendem o que está acontecendo com seu corpo e como será o tratamento, as crianças se mostram mais tranquilas e confiantes, como também passam a apresentar efeitos positivos em relação ao stress e à ansiedade, que porventura, tendem a aumentar neste período.

Este tema não é muito estudado no Brasil, o que ficou evidente na revisão de literatura. Deste modo, pesquisas neste campo são relevantes, considerando-se a incidência de cirurgias na infância, e as reações das crianças hospitalizadas frente às mesmas, de modo a promover uma melhor compreensão sobre a cirurgia, que respeite e favoreça a comunicação dos adultos com a criança doente. Além disso, tal pesquisa poderá propiciar o aperfeiçoamento técnico dos profissionais da área da saúde, para que possam auxiliar a criança no manejo da situação da cirurgia, contribuindo, também, para o trabalho do psicólogo na área da saúde.

Segundo Melamed e Siegel (1975) a literatura sobre hospitalização infantil sugere que há um consenso de que todas as crianças necessitam de algum tipo de preparação psicológica para a hospitalização, particularmente quando esta vem acompanhada de cirurgia. A necessidade de tal preparação pauta-se na evidência de que a hospitalização e a cirurgia são estressantes e produzem experiências de ansiedade que podem desencadear distúrbios psicológicos na maioria das crianças num período transitório ou a longo prazo. A preparação psicológica das crianças, deste modo, poderia promover estratégias de enfrentamento a esta situação que lhes é imposta, por interpretá-la de forma mais adequada. Há várias técnicas de preparação psicológica pré-cirúrgica, as quais podem ser utilizadas em forma de programas que propiciem à criança, uma maior adaptação a este período que antecede a cirurgia.

A imaginação das crianças serve para agravar o estado de ansiedade, podendo levá-las a encarar a cirurgia como um ato de crueldade, e distorcer completamente o que supõe ser a mesma. A ansiedade que sofre a criança durante a hospitalização parece não ser prejudicial por si mesma, muito embora, possa acarretar consequências negativas. A maioria das crianças após receber alta apresenta problemas de comportamento, transtornos alimentares, de sono e de humor. Estas vivências podem repercutir negativamente na forma como a mesma viverá num futuro próximo, incluindo novas experiências médicas (Moix, 1996).

Em se tratando do período que antecede a anestesia, a ansiedade pode se manifestar de diversas formas. Algumas crianças verbalizam seus temores, enquanto outras demonstram a ansiedade através de alterações de comportamento. Muitas delas parecem assustadas, tornam-se agitadas, com respiração profunda, apresentam tremores, param de falar ou simplesmente choram. Podem ainda desenvolver inesperada incontinência urinária (Kain, Mayes & Wang, 1998).

As cirurgias consideradas no presente estudo foram cirurgias eletivas, realizadas dentro do hospital, em que as crianças recebem alta no mesmo dia, caso não haja complicações. Como são cirurgias programadas, há um período de tempo para se realizar um preparo pré-operatório. Consideradas de pequeno porte, as quais não requerem muito tempo de internação, muitas das implicações referentes à hospitalização, também acometem tais crianças, não as poupando das consequências, que porventura a hospitalização venha acarretar independente do tempo que permanecem no hospital.

Conforme Crepaldi e Hackbarth (2002) já nas décadas de 1960 e 1970 estudavam-se os benefícios da preparação de crianças para cirurgia e demais procedimentos invasivos, como também a importância da participação dos pais na hospitalização como fatores importantes no combate ao stress e consequências nocivas da internação, além de se traduzir em medida fundamental para proteger a criança de danos em seu desenvolvimento.

Outro fator importante no que concerne à preparação psicológica pré-cirúrgica diz respeito às memórias que as crianças têm sobre o evento cirúrgico. Poucos são os estudos que fazem referência às memórias de crianças em relação à experiência com cirurgia. De um modo geral, Sapolnik, Almeida & Souza (2007) indicam que há memória de dor em crianças (Linhares & Doca, 2010) e que esta pode ter consequências sérias no futuro, caso sejam submetidas a novas experiências dolorosas. Mas neste caso, as memórias referem-se à dor. Acredita-se que uma experiência positiva com cirurgia, propiciada pela preparação psicológica, tenha uma maior probabilidade de que as lembranças deste período sejam menos traumáticas.

Acredita-se, a partir do exposto, que uma pesquisa desta natureza, é de suma relevância para a implantação de um programa de intervenção, destinados a potencializar as estratégias de enfrentamento de crianças e pais, colaborando para um tratamento mais humanizado e para a promoção da saúde emocional das mesmas. Este trabalho, portanto, encontra-se em consonância com as portarias Nº 3.390 de 13 de dezembro de 2013, a qual institui a Política Nacional de Atenção

Hospitalar, e Nº 199, de 30 de janeiro de 2014, a qual institui a Política Nacional de Humanização (PNH). Estas preconizam uma atenção especial da equipe de saúde às estratégias de humanização da atenção terciária.

A Psicologia em Hospital propiciou o enriquecimento da prática clínica desta pesquisadora e mostrou que num país como o Brasil, necessita-se de pesquisas que atuem como norteador para futuras ações na Atenção terciária, que impliquem em protocolos e programas de intervenção. Para tanto, esta pesquisa englobou uma gama de informações importantes que se constituam em subsídios para a reflexão e modificações de práticas naturalizadas pela equipe de saúde no exercício da PNH.

Espera-se, portanto, que esta pesquisa acrescente resultados relevantes para a produção científica da área, no sentido não só de promover o fornecimento de informações acerca dos efeitos da intervenção psicológica sobre o repertório comportamental da criança hospitalizada, e suas relações sociais em geral em seus diversos contextos. Do mesmo modo, também de subsidiar intervenções nesse contexto, auxiliar profissionais que atuam no campo da psicologia da saúde a descrever e analisar a complexa situação de crianças expostas a procedimentos médicos invasivos, de modo a intervir na redução do stress que acomete crianças que passam por situações de cirurgia.

Com o intuito de ampliar a assistência à criança hospitalizada, este estudo pretende verificar se a preparação pré-cirúrgica, realizada de maneiras diferentes, se constitui num instrumento eficaz para o enfrentamento da cirurgia de forma menos aversiva. Além disso, busca avaliar se tal preparação pode aliviar seu sofrimento, numa tentativa de perceber as instituições de saúde como ambiente para o desenvolvimento infantil.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Verificar quais os efeitos de três programas diferentes de preparação psicológica pré-cirúrgica no stress, na ansiedade e nas memórias posteriores de crianças submetidas a cirurgias eletivas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar os efeitos dos três programas de intervenção para a preparação para a cirurgia;
- Comparar o nível de stress e ansiedade de meninos e meninas que receberam preparação psicológica pré-cirúrgica, segundo três programas distintos;
- Identificar os fatores que podem influenciar no stress e na ansiedade na situação pré-cirúrgica;
- Identificar as memórias que as crianças apresentaram sobre a experiência cirúrgica.

HIPÓTESES

HIPÓTESE GERAL

- Três programas diferentes de preparação psicológica pré-cirúrgica produzirão efeitos positivos em relação à ansiedade, ao stress e às memórias de crianças submetidas a cirurgias eletivas.

HIPÓTESES ESPECÍFICAS

- A preparação psicológica pré-cirúrgica trará efeitos positivos para as crianças submetidas a cirurgias eletivas;

- Há diferenças entre os diferentes grupos de crianças segundo o tipo de preparação;

- Há diferenças nas memórias de crianças submetidas a cirurgias eletivas, de acordo com o tipo de preparação;

- As crianças preparadas psicologicamente se beneficiarão, no que diz respeito ao stress e ansiedade em relação às crianças do grupo de controle;

- O programa de preparação psicológica pré-cirúrgica que propiciará à criança a visualização do vídeo explicativo trará maiores benefícios em relação a ansiedade, ao stress e às memórias posteriores de crianças submetidas a cirurgias eletivas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 HOSPITALIZAÇÃO NA INFÂNCIA

A infância é uma etapa fundamental no desenvolvimento humano, marcada pelas atividades físicas intensas, sendo que estas são necessárias para que a criança possa ir aos poucos conhecendo o ambiente a sua volta e assim, consequentemente, crescer saudavelmente e aprimorar seu conhecimento sobre o mundo. Para que ela possa percorrer esta etapa de sua vida sem prejuízos é necessário gozar de saúde. Porém, no decorrer de seu desenvolvimento, as crianças passam também por períodos de doenças, o que muitas vezes pode ser acompanhado de hospitalização. O adoecimento e a hospitalização na infância são eventos não esperados para esta fase do ciclo vital, assim, são considerados como momentos de crise para a família (Oliveira, Gabarra, Marcon, Silva & Macchiaverni, 2009).

Segundo Martins e Silvino (2010) o adoecimento na infância, bem como a hospitalização, são experiências estressantes que exigem da criança uma rápida e contínua adaptação por motivo de constantes mudanças no seu cotidiano. Estes fatores de adaptação podem contribuir para o desenvolvimento de algumas psicopatologias ou comportamentos inadequados (Barros, 2003).

A infância caracteriza-se por ilimitada energia, pela curiosidade e inquietude, pela intensa atividade corporal, intelectual e afetiva. Deste modo, a prática pediátrica, precisa se desenvolver a ponto de promover qualidade de saúde, não deixando com que a hospitalização e as necessidades médicas prejudiquem as necessidades emocionais, sociais, intelectuais e recreacionais, além da necessidade de atender os pais, de modo a prestar-lhes suporte no cuidado dos filhos (Ceccim, 1997).

É de fundamental importância que o hospital não deixe transparecer a ideia de "prisão" para a criança, pois mesmo sendo uma instituição infantil, a mesma ainda é projetada para adultos, e não apresenta semelhanças com o mundo da criança, com exceção de alguns desenhos nas paredes, o que dificulta que a criança realmente viva como tal.

A realidade hospitalar é vista como negativa e aversiva, posto que, por se estar internado, algo não está bem, sendo assim, conforme Leitão (1993) toda a hospitalização marca a história de vida da pessoa e é definida cronológica e emocionalmente, conforme o momento em que acontece. Nesta perspectiva, o enfoque dos estudos iniciais neste contexto (processo de adoecimento - crianças - hospital) tenderam a

ênfatizar os aspectos negativos da situação de hospitalização e os efeitos potencialmente maléficos desta sobre o comportamento, a vida e o desenvolvimento das crianças e famílias. Numa perspectiva mais atual, tem-se ênfatizado a dimensão educativa e potencializadora do desenvolvimento humano nas situações de crise, apontando possibilidades de aprendizados significativos relacionados a situação de hospitalização (L.D.B Oliveira *et al.*, 2009).

Para Barros (2003), a hospitalização pode ser uma situação positiva em que a criança se beneficia de um momento mais próximo com o familiar acompanhante, aprende que é capaz de lidar com a dor, de enfrentá-la, e se perceber forte e eficaz. Saberá pedir ajuda e perceberá que existem pessoas que podem curá-la ou minimizar sua dor. Além disso, essa experiência irá prepará-la para situações futuras de sofrimento.

Assim, difere-se a situação de internação nas diferentes fases do ciclo vital, seja infância, adolescência, vida adulta e velhice. A internação é uma ruptura da história de vida do indivíduo, pois ele percebe que não é mais o mesmo. Há um sofrimento diante da imagem de si mesmo. Segundo Souza *et al.* (1988), ele é separado de sua família, e de seus referenciais identificatórios.

Na situação da internação, o hospital passa a ser o microssistema de interação da criança, isto é, parte das suas relações imediatas e com significados específicos. O hospital pode ser considerado como um contexto de desenvolvimento infantil, visto que este local torna-se parte da vivência da criança, interferindo nas suas relações psicossociais.

Em se tratando do paciente que está hospitalizado, sabe-se que este fica sujeito ao domínio de uma estrutura hospitalar e ao poder de profissionais que agem, muitas vezes, ferindo a autonomia e a tomada de decisões do próprio paciente. O processo de internação muitas vezes é sentido como uma agressão, pois a instituição reforça a condição de dependência do portador de uma doença, impondo-lhe roupas, pijama típico do hospital, decidindo tudo pelo paciente. No hospital a criança passa a viver num mundo estranho, em que as pessoas passam apressadas, usam uma linguagem desconhecida, um local no qual ela irá conhecer outras crianças também enfermas, que a levarão a contestar precocemente valores como a vida e a morte. Ela viverá no hospital, momentos marcantes que poderão desencadear problemas físicos, emocionais e intelectuais. Ainda tem que conviver com pessoas desconhecidas como os profissionais da saúde, o que acarreta aos seus pais/cuidadores a vivência de sentimentos de tristeza que muitas vezes

precisam de recursos internos para poder enfrentar junto com seus filhos esta situação (Ortiz, 1997; Barros, 2003; Calvett, Silva & Gauer, 2008).

A submissão a repetidos procedimentos dolorosos no hospital, é referida pelas crianças como um dos aspectos mais difíceis de sua internação ou enfermidade, e não raro, ocorrem respostas de stress, como choro, grito ou tensão muscular. A internação é sentida de maneira invasiva, visto que será trabalhado com o emocional da criança, que se sente exposta não só pela doença, como também pelo profissional, que a apalpa, injeta, corta, subtrai esperanças, cria restrições ou dita normas. Estes são fatores característicos da hospitalização, porém, Gratz e Piliavin (1984) assinalam que o significado da doença para a criança pode depender da idade, natureza da doença, habilidade da criança para compreender o fenômeno, experiência anterior e situação familiar. Assim, precisa-se considerar a relação da criança com o hospital, o tempo de permanência e as experiências que a criança vivencia durante a internação e o adoecimento.

Beier (1997) elenca que a hospitalização de uma criança normalmente traz consigo um de seus pais, que deixa sua rotina diária, priorizando o filho doente. Deste modo, além dos sentimentos de insegurança, medo da morte e desconfiança, surgem problemas familiares: são os outros filhos que ficam sob o cuidado de terceiros, quando não ficam sós; é a empresa empregadora que não aceita o atestado do filho como justificativa para as faltas; é a falta de recursos financeiros para alimentação ou transporte, e o hospital impondo regras e rotinas que divergem do cotidiano familiar, além dos termos e procedimentos desconhecidos. A situação de adoecimento e hospitalização também é referida como momento de crise para as famílias, devido a uma desintegração temporária, e conseqüentemente, podem surgir ou agravar-se problemas conjugais e adoecimento orgânico e/ou psicológico de outros membros da família (Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006; Doca e Costa Jr, 2007).

Todas essas mudanças causam um impacto na criança e podem alterar seu comportamento durante e depois da internação. Assim, a hospitalização e o adoecimento podem ser fatores de risco para o desenvolvimento infantil. Vale salientar, que as conseqüências da hospitalização, em maior ou menor proporção, dependem de diversos fatores, tais como: idade, personalidade da criança, tipo de relação pais-filho, reação dos pais para com a doença, tempo de hospitalização, reincidência de internação, as informações que a criança possui sobre seu estado, diagnóstico médico, representações sociais da doença,

estratégias de enfrentamento da situação utilizadas pela criança e pela família.

O stress é indicado como uma possível interferência em pesquisas com crianças hospitalizadas (Burbach & Peterson, 1986), pois, durante a hospitalização existe a possibilidade da ocorrência de stress e esse fator pode mediar a relação entre desenvolvimento cognitivo e conceito de doença, e assim, impede o crescimento cognitivo ou resulta em uma forma de regressão cognitiva. A propósito, Perrin, Sayer e Willet (1991) ressaltam que em estudos com crianças hospitalizadas pode-se confundir efeitos da doença com o potencial impacto da hospitalização.

Conforme Valle (1990) um aspecto a considerar é a situação de desagregação dos membros que geralmente ocorre na família durante o período de hospitalização da criança. Acontece uma modificação de costumes temporária, na qual geralmente cabe à mãe, ter de se dividir, para manter as duas dinâmicas vividas por ela entre o hospital e dar continuidade ao núcleo familiar, que acontece sem sua presença.

Todo o impacto que a hospitalização ocasiona nas crianças tende a alterar o comportamento, visto que o hospital apresenta-se como um ambiente pouco reforçador e com estímulos aversivos em demasia. A hospitalização pode trazer à criança alguns efeitos psicológicos negativos, tais como a depressão, ansiedade, regressão, solidão, negação da doença, autoestima negativa e distúrbios neuróticos (Sousa, Araújo, Santos & Carvalho, 2010; Sobrinho, Barbosa & Dupas, 2011). Muitas das reações encontradas em crianças se davam há algum tempo atrás, pela hospitalização em si e pela interrupção da relação mãe-filho, necessária para o desenvolvimento neuropsicomotor normal (Altamirano & Jereissati, 2002).

A partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de julho de 1990, a implantação do Programa Mãe Participante em várias instituições trouxe para a literatura brasileira especializada, a importância da participação dos pais no cuidado de seus filhos durante o processo de hospitalização, apontando os benefícios e os obstáculos nas relações entre equipe multiprofissional, família e instituição (Imori & Rocha, 1997). Durante o processo de hospitalização da criança, a presença dos pais, além de ser uma necessidade para minimizar os efeitos da separação entre pais e filhos, atualmente, é legislada pelo ECA, no Capítulo I, Art. 12, que garante a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

Em contextos de atenção à saúde pediátrica, o atendimento é necessariamente caracterizado pela presença, no mínimo, de um

profissional de saúde, do paciente e de um cuidador, na maioria das vezes a mãe da criança, que geralmente é designada como a principal responsável pelos cuidados em saúde e práticas educativas parentais (Kohlsdorf & Seidl, 2012).

Nesse contexto, a permanência dos pais tem como significado a garantia de participação nos cuidados básicos da criança e sua operacionalização implica no desenvolvimento de ações pelos profissionais de saúde. Tais como orientação e apoio psicológico aos pais quanto aos aspectos específicos do tratamento, medicação e cuidados especiais com a criança, além de orientação quanto à participação nos cuidados básicos ao paciente (Sabatés & Borba, 2005). Faquino, Higarashi e Marcon (2007) também concordam que o acompanhante é uma pessoa significativa para a criança, pois é um representante da sua rede social e sua presença também está relacionada a um cuidado humanizado com a criança hospitalizada.

A inserção da família no ambiente hospitalar trouxe novas demandas e a abordagem do cuidado antes centrada na doença, passou a ser centrada na criança e na família. Segundo Crepaldi (1998), a doença da criança torna-se então, a doença da família. Essa mudança contribuiu para que as enfermeiras percebessem que os pais têm suas próprias necessidades, que devem ser informados sobre seu filho, preparados para participar de seu cuidado durante a hospitalização e após a alta e atendidos em suas necessidades físicas e emocionais. Os pais estando amparados e informados poderão apoiar seus filhos não só com os cuidados necessários, bem como, com as informações a que as crianças têm o direito e devem receber. Bezerra e Fraga (1996) contemplam que a presença dos pais junto ao filho hospitalizado representa benefícios tanto para a criança como para os pais. Sua presença constitui a forma mais eficaz para minimizar os traumas psicológicos e emocionais da hospitalização.

De acordo com Chiatton (1998), o trabalho realizado com crianças hospitalizadas deve ser de humanização do tratamento, reagindo contra o atendimento técnico e impessoal, de forma a encontrar um atendimento real, humano e pleno. Este trabalho deve ter por objetivo principal diminuir o sofrimento das crianças, fazer com que a situação seja compreendida pelo paciente e seus familiares; sempre que possível evitar situações traumáticas, oferecer condições para que o paciente e os familiares sejam ativos no processo; viver cada momento; aceitar e compreender o paciente; dar espaço ou oportunidades para a criança e a família exprimirem ou elaborarem seus sentimentos e acima de tudo considerar a criança.

Não somente a criança, mas também os familiares passam por momentos de angústia diante da internação da criança, sendo despertados muitas vezes sentimentos de culpa e de perda. A equipe de saúde deve estar atenta a esses aspectos e auxiliar a família a superar tais dificuldades. Pode-se observar que a qualidade da assistência está relacionada à visão da equipe de profissionais. O trabalho interdisciplinar com a criança e sua família torna o atendimento integrado e humanizado, auxiliando no processo de melhora do paciente, (Calvett *et al.*, 2008; Thomazine *et al.*, 2008). A família não deve ser vista como aquela que tem que cumprir as determinações dos profissionais de saúde, e sim, deve ser reconhecida como alguém que é responsável pela saúde dos seus membros, ser ouvida em suas dúvidas e opiniões, bem como sua participação deve ser incentivada (Souza & Oliveira, 2010).

A Psicologia Hospitalar, respeitando as limitações providas da doença, considera as necessidades, não só orgânicas, mas também as que se referem ao psicológico e educacional da criança. O psicólogo trabalha para manter o equilíbrio, muitas vezes perdido durante o período de internação. Esse desequilíbrio ocorrido na criança durante a hospitalização está diretamente ligado à retirada do convívio familiar, à privação das brincadeiras e da vida escolar, sendo obrigada a se envolver em tratamentos e relacionamentos com pessoas estranhas em situações imprevisíveis, nas quais se encontram bastante fragilizadas.

Na assistência com crianças no hospital, é fundamental o conhecimento sobre desenvolvimento da infância. Nesse âmbito, torna-se necessário que o profissional esteja atento para as questões relacionadas à saúde do paciente de forma integral, voltado para ações preventivas. Mello (1992) destaca que no ambiente hospitalar é fundamental que a equipe de saúde estabeleça uma troca de conhecimentos com as escolas e famílias das crianças para discutir problemas relacionados ao seu desenvolvimento. Além disso, é importante destacar a postura do profissional que cuida, na forma como interage com a criança e sua família. Uma atitude acolhedora e afetiva demonstrada através do olhar, do tom de voz, ou do toque pode estabelecer um vínculo terapêutico mais eficaz. O psicólogo pode contribuir acumulando informações sobre os estilos de vida das pessoas, auxiliando na manutenção da saúde, contribuir para prevenir e tratar a saúde, formular políticas públicas de saúde para a promoção da saúde no sistema de saúde pública (Arnett, 2006).

Erdmann (2009) elenca que a recuperação da dimensão cuidadora e a capacidade de oferecer atenção integral à saúde da criança são desafios postos para todos os tipos de serviços de saúde. Para tanto é

necessário desenvolver novas tecnologias de cuidado, ampliar a capacidade de acolhimento dos serviços de saúde, ampliar a capacidade de escuta, de responsabilização dos profissionais de saúde e da sua capacidade de lidar com a dor e com o sofrimento, e de trabalhar pela autonomia das pessoas sob seu cuidado.

Assim, conforme T.C.P. Campos (1995) “o paciente sentindo-se compreendido, percebe-se mais seguro, amparado, aceito e assistido como um todo, podendo entender sua doença tanto no aspecto fisiológico, como nas implicações emocionais e conscientizando-se do que é real e das fantasias” (p.79).

Conforme Crepaldi (1999, p. 42) “... a doença afeta a criança, interferindo na sua vida de maneira geral, prejudicando seu desenvolvimento, o processo de escolarização, sua relação com os amigos e parentes, sua inserção social”. Neste período, Romano (1994) afirma que as fontes de ansiedade são basicamente três: a separação da casa, da família, de seu ambiente e de suas coisas; o medo com relação à vida em si; e o ser forçado a assumir um papel de doente. A criança fisicamente doente está afetada em sua integridade, uma vez que a doença agride o organismo como um todo, e o seu desenvolvimento emocional também fica comprometido.

As bases da assistência à criança hospitalizada têm-se modificado nas últimas décadas, em decorrência dos resultados de pesquisas na área das ciências médicas, humanas e sociais. Conforme Altamirano e Jereissati (2002) por meio dessas contribuições desenvolveram-se diferentes perspectivas de como assistir à criança no processo saúde-doença e que vêm orientando a prática pediátrica. Estas perspectivas influenciam a visão dos profissionais sobre o ser criança, o papel da família e da comunidade, os tipos de problema a serem identificados, os objetivos, a abrangência da assistência, a composição e o inter-relacionamento da equipe de saúde (B.R.G. Oliveira, 1999).

Quando a criança fica doente, o stress envolve a todos da família, a qual passa por um período de medo, insegurança e sensação de que perderá o controle sobre os cuidados e a educação da criança doente (Zamo, 1997). Deste modo, percebe-se a real necessidade de um profissional que esteja apto a lidar com tais situações, trabalhar com o paciente, familiares e equipe de saúde, abarcando assim toda a gama de pessoas que circundam a criança em seu processo de internação.

Diante dos comportamentos apresentados pela criança no ambiente hospitalar, percebe-se a necessidade da equipe de saúde em dar atenção não somente para a saúde física, mas também atenção para os cuidados com as necessidades emocionais e sociais que a criança

apresenta. Reside aí a importância da intervenção psicológica para a melhora do comportamento e da situação na qual a criança está inserida, favorecendo ao paciente uma melhor adaptação e qualidade de vida no ambiente hospitalar (J.M.M. Silva, 2010).

Tendo em vista que devido a internações e atendimentos médicos consecutivos, muitas vezes o lar passa a não ser o único contexto de desenvolvimento da criança, utilizar-se-á a perspectiva bioecológica numa tentativa de melhor perceber as instituições de saúde como um contexto para o desenvolvimento infantil.

3.1.1 Modelo Bioecológico e hospitalização infantil

Não há como negar os efeitos que os diversos ambientes têm sobre o desenvolvimento da criança. Ao nascer, o ambiente da criança é muito restrito e se limita apenas a sua casa, sendo o tipo de relação estabelecida com este meio limitado e dependente de alguma pessoa que possa mediar esta relação. Gradualmente, a criança começa a estabelecer relações com outros ambientes, ampliando o seu contato com as pessoas. Portanto, o ambiente de casa muda em função das novas exigências requeridas pela criança e, ao mesmo tempo, novos ambientes passam a surgir como possíveis propiciadores de seu desenvolvimento, como a escola, o parque ou a vizinhança (Silva & Dessen, 2005).

Kazak, Segal-Andrews e Johnson (1995) referem-se à instituição hospitalar também como um contexto de promoção de saúde para a criança e sua família. Para tanto, é necessário que sejam reconhecidas as influências da família, da sociedade, e do sistema médico no processo de adoecimento da criança. O hospital deve ser incluído como parte integrante do contexto social da criança doente, pois este influencia a trajetória do seu desenvolvimento e nas suas relações psicossociais com o meio.

É na perspectiva do Modelo Bioecológico que se pretende demonstrar a importância, para a criança hospitalizada, das inter-relações que estabelece no microssistema hospitalar, onde espera ver sanado seu problema de saúde e promover seu desenvolvimento. O Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, cujo principal expoente é Urie Bronfenbrenner, concebe que o desenvolvimento ocorre por meio de processos de interação recíproca entre o homem e seu contexto através do tempo (Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner, 1996; Narvaz & Koller, 2004). Essa perspectiva teórica e metodológica tem passado por revisões e ampliações conceituais desde que foi formulada, que permitem identificar dois momentos distintos na

obra de Urie Bronfenbrenner: o primeiro deles, caracterizado pela formulação do Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano, e o segundo, pelo Modelo Bioecológico, que se refere a uma revisão do primeiro modelo (Bronfenbrenner, 1994, 1999; Polônia, Silva & Dessen, 2005; Prati, Couto, Moura, Poletto & Koller, 2008).

No Modelo Ecológico é ressaltado, portanto, o papel do ambiente no desenvolvimento, oferecendo menor destaque aos processos individuais (Bronfenbrenner, 1996; Narvaz & Koller, 2004). Assim, para compreender o desenvolvimento a partir dessa perspectiva, seria fundamental considerar o contexto no qual a pessoa está inserida, mais do que a maneira como ela se configura individualmente (Andrada, 2007; Prati *et al.*, 2008).

A ecologia do desenvolvimento se resume pelo estudo científico e sistemático das condições e processos que produzem continuidade e mudanças ao longo do tempo para as características biopsicológicas dos seres humanos. Essas transformações ocorrem ao longo da vida e de sucessivas gerações, através do tempo histórico, retrospectivamente, e em termos de suas implicações para o curso do desenvolvimento humano no futuro, prospectivamente (Bronfenbrenner & Evans, 2000).

Urie Bronfenbrenner passou a rever a teoria ecológica, a partir da evolução dos seus estudos, por entender que suas asserções iniciais enfocavam notadamente os aspectos do ambiente, em detrimento dos aspectos da pessoa (Narvaz & Koller, 2004). Com a revisão desses pontos foi inaugurado o segundo momento de sua obra, o que acarretou uma ampliação da compreensão do desenvolvimento, de modo a considerar a interação simultânea de quatro aspectos inter-relacionados: *Processo, Pessoa, Contexto e Tempo* – modelo PPCT, como passou a ser designado (Bronfenbrenner & Evans, 2000; Polônia *et al.*, 2005; Prati *et al.*, 2008). Percebe-se que na segunda fase da obra de Bronfenbrenner, denominada Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, não houve negação ou rejeição dos pressupostos iniciais, mas sim a ampliação dos conceitos com a inserção de aspectos da pessoa, processo e tempo (Schmidt, 2012).

A importância dos fatores biológicos se deve porque o indivíduo, mesmo se desenvolvendo em interação com o ambiente, não é visto como *tábula rasa*, já que carrega consigo suas características físicas e suas propensões genéticas. Os resultados podem traduzir o potencial genético dos seres humanos nas condições do processo, pessoa, contexto e tempo (Bronfenbrenner & Evans, 2000). O modelo PPCT (processo, pessoa, contexto e tempo) refere-se a quatro núcleos dinâmicos e interdependentes, através do qual o desenvolvimento humano é

concebido (Bronfenbrenner & Morris, 1998; Bronfenbrenner & Evans, 2000).

O processo refere-se às interações recíprocas envolvendo os organismos, os objetos, símbolos e meio externo que ocorre em um determinado período de tempo, contínua e duradouramente. Os processos significam esta transferência de energia em qualquer direção e podem ter como produto a competência ou disfunção. As competências compreendem a aquisição de habilidades e conhecimento para direcionar o próprio comportamento nas situações de qualquer domínio como: intelectual, físico, motivacional, artístico e emocional ou suas combinações. Por outro lado, a disfunção significa a recorrente manifestação de dificuldades de integração de comportamentos através das relações (Bronfenbrenner & Evans, 2000).

Aos processos que ocorrem no meio imediato à pessoa, denominam-se processos proximais. Esses podem ocorrer através de atividades individuais das pessoas, ou num sistema de díades, tríades, etc. As díades são, portanto, sistemas de desenvolvimento recíproco, pois quando um dos membros se desenvolve o outro também se desenvolverá. Segundo Bronfenbrenner e Ceci (1994), há uma relação entre a intensidade dos processos proximais e sua possibilidade de atuação no desenvolvimento. Assim, quanto maior a amplitude desses processos melhor será a aquisição de conhecimentos e habilidades, a modificação do seu ambiente físico, social e simbólico, e a estabilidade e permanência de relações mutuamente benéficas e gratificantes.

O ambiente ecológico é visto como várias estruturas encaixadas, as quais não são lineares e são conhecidas como *sistemas* variando conforme a especificidade da interação com a pessoa. Logo, os sistemas não se restringem apenas às suas relações mais próximas, mas abrangem a sua rede social mais ampla e até mesmo a cultura na qual esta pessoa encontra-se inserida. Há uma interconexão não restrita apenas ao ambiente próximo, e sim entre os vários ambientes que fazem parte da realidade dos sujeitos.

Os ambientes são denominados de acordo com sua proximidade em relação ao sujeito. As relações mais imediatas à pessoa, ou seja, o seu contexto mais íntimo é conhecido como *microsistema*, o qual é entendido como o ambiente imediato, isto é, o local no qual as pessoas interagem face a face, como por exemplo, a família em geral, escola ou creche (Andreani, 2006).

O *mesossistema* é composto pelas interconexões entre os sistemas dos quais a pessoa participa como, por exemplo, a relação entre a escola e a casa da criança. Refere-se a um sistema de dois ou mais

microsistemas, e desse modo é ampliado com a inserção da pessoa em um novo ambiente (Andreani, 2006).

Em terceiro lugar está o *exossistema*, que corresponde aos ambientes em que não necessariamente a pessoa está presente, mas que acabam influenciando indiretamente sua vida como, por exemplo, o trabalho dos pais, o qual interfere na vida da criança. Por fim, permeando todos os sistemas já citados está o *macrossistema*. Este, diz respeito à ideologia e organizações comuns a uma cultura ou subcultura, capacitando os sujeitos a terem peculiaridades dependendo da região ou país onde estão inseridos.

A noção de tempo é considerada como o quinto subsistema, o qual é denominado de *cronossistema*. Este não indica o sentido tradicional de idade cronológica, mas como o curso da vida que perpassa o tempo histórico. De tal modo, as pessoas se modificam com o passar do tempo ao mesmo tempo em que o meio no qual estão inseridas também é modificado.

Conforme Gabarra (2005) os sistemas ecológicos se modificam no decorrer da vida, não são fixos. Os aspectos do ambiente relacionam-se com o significado que a pessoa atribui a eles em determinadas situações. Desta forma, aspectos do mesossistema podem se tornar micro e, assim por diante.

Tendo por base a teoria bioecológica do desenvolvimento humano, Novaes e Portugal (2004), afirmam que o fato de adoecer de uma criança é entendido como um processo social, visto que apresentando mudanças físicas e emocionais, a criança é aceita como doente, tanto na família como no grupo de amigos e colegas da escola. Segundo as autoras, a criança está intimamente ligada a suas circunstâncias, tanto no núcleo familiar, na comunidade, na creche, na escola, e no momento da doença, no hospital. Neste, além do pediatra, outros profissionais e técnicos estabelecerão inter-relações com ela, influenciando positiva e negativamente seu papel de doente, seu período de internação, seu desenvolvimento e sua recuperação.

Enquanto a criança estiver nesse contexto social, sofrerá influências qualitativamente distintas do ambiente, das pessoas que a ele pertencem, por questões de trabalho, de atuação e, simultaneamente também os influenciará. A criança, nesse jogo ativo entre os diversos sistemas, em interação, continuará seu crescimento e seu desenvolvimento com o potencial genético específico disponível, dentro de um ambiente novo, pela primeira vez experimentado.

Sob esta perspectiva, a hospitalização configura-se como uma mudança análoga a uma transição ecológica. Esta é descrita por

Bronfenbrenner (1986), como as mudanças de papel ou ambiente que ocorrem durante toda a vida das pessoas, como por exemplo, uma mudança de emprego, a adolescência e, no trabalho em questão, a hospitalização, que faz com que o paciente passe de um papel, no qual era ativo, dinâmico, para um papel passivo, de paciente. Nesta mudança de papéis, modifica sua posição em relação aos seus contextos, suas inter-relações e também aos outros que com ela interagirão. Ou seja, de uma condição de sadia, em casa, em família, passa a uma situação de doente. É levada por um familiar para o hospital, com um ou outro membro dessa estrutura como acompanhante, e, portanto, não mais em família, mas junto a uma equipe de saúde.

“Ocorre uma transição do microssistema família para o exossistema hospital, que existirá no mesossistema” (Novaes & Portugal, 2004, p.224). Desta forma, se antes de adoecer o hospital e a rede de saúde pertenciam ao exo ou mesossistema, este pode passar a ser seu microssistema. E toda configuração do microssistema anterior sofre alterações a partir desta nova realidade de adoecimento e tratamento da criança.

Neste modelo, o novo ambiente ecológico permite uma melhor compreensão e percepção das influências mútuas que existem entre os microssistemas criança – família – equipe de saúde. Além disso, Kazak *et al.* (1995) apontam que crianças dentro do contexto familiar, têm suas regras, princípios e sistema de crenças sobre saúde, desenvolvimento e doença. Portanto, os significados e respostas das crianças são amplamente afetados pelo sistema familiar no qual a criança vive e está inserida.

Em se tratando de hospitalização na infância, pode-se inferir que esta por si só, já acarreta grande ansiedade e angústias tanto na criança como nos adultos que lhe assistem, ou seja, este momento interfere na estrutura do sistema familiar, ao qual a criança pertence. Quando a hospitalização é mais específica a ponto de exigir uma cirurgia, a situação se amplia, a angústia aumenta, os cuidados requeridos se intensificam, merecendo mais atenção frente ao período de reflexões e dúvidas que se instalam.

3.1.2 Cirurgia na infância

No início do século XIX, com um novo conceito de que as crianças deveriam ter um atendimento diferenciado, separado dos adultos, foi fundado em Paris, em 1802, “L’Hospital des Enfants Malades”, considerado o 1º Hospital Infantil, seguido depois por outros

países, como Inglaterra em 1851 e, nos EUA e Canadá em 1855. Criou-se assim o esboço da Pediatria como especialidade. As crianças ali internadas tiveram suas afecções cirúrgicas (predominantemente ortopédicas) tratadas por um ou mais cirurgiões, que passaram a acumular experiência em ortopedia e cirurgia infantil, e seus resultados foram superiores aos obtidos por outros colegas, porém publicados bem mais tarde, entre 1901 e 1928. Em 1909, Fredet e Ramsstedt realizaram uma piloromiotomia para correção da estenose hipertrófica do piloro e, em 1911, Pouliquen utiliza o enema para tratar uma invaginação ileocólica (Fonkalsrud, 2001).

Pinus (2004) ainda afirma que a “Moderna Cirurgia Pediátrica” iniciou-se a partir de 1920, com W. Ladd em Boston, D. Brown, em Londres e L’Ombredane, em Paris. Surgem então, numerosas publicações e fatos marcantes: em 1928, Lancelot, Barrington e Ward enunciaram a frase que se tornou célebre e tantas vezes repetida, “ O adulto pode seguramente ser tratado como uma criança, mas na conversa pode levar a um desastre”¹. Em 1941, Ladd e Gross publicaram o livro “Abdominal Surgery of Infancy and Childhood”, a partir do qual expressões até então usadas para justificar as mortes dos recém-nascidos, como “era muito pequeno para viver” ou “foi um ato divino”, não tinham mais razão de ser. Em 1953, R. Gross publicou o livro “The Surgery of Infancy and Childhood”, que se constituiu em um clássico da cirurgia pediátrica.

A partir daí seguiram-se numerosas outras publicações, em revistas médicas e tratados de Cirurgia Pediátrica, contendo os resultados das experiências acumuladas das afecções cirúrgicas pediátricas. O aprimoramento das técnicas e táticas empregadas e a integração de novos conceitos desenvolvidos em pesquisas originais por cirurgiões pediatras, e negligenciados até então pelo cirurgião de adultos, foram por eles utilizadas mais tarde, principalmente nas décadas de 70 e 80 (Pinus, 2004).

Os procedimentos cirúrgicos, embora existam com a finalidade de promover a cura ou melhorar a qualidade de vida, remetem os pacientes a um estado conflituoso, adquirem caráter ameaçador, agressivo e invasivo. Alguns pacientes têm razões mais explícitas para a agressão, por não obterem êxito completo no tratamento. Porém, mesmo com sucesso, algumas pessoas associam sua agressividade com motivos reais. Desta forma, resistem a tudo que por eles é feito, recusam-se a

¹ The adult may be safely treated as a child but the converse can lead to a disaster.

fazer tudo que lhes dizem e insistem em fazer o que pensam ser melhor. Conforme Sebastiani (1995), o paciente submetido a procedimento cirúrgico apresenta aspectos psicológicos importantes, principalmente com relação ao medo. Tem medo da dor e da anestesia, de ficar desfigurado ou incapacitado e medo de mostrar o medo. Sobretudo, tem medo de morrer.

Segundo Pinotti e Priori (1975), o paciente é afetado de várias maneiras, dependendo de seu componente emocional. Embora, sempre a realidade seja enriquecida pela imaginação, o medo da cirurgia nunca é totalmente imaginário. O tipo de enfrentamento que os pacientes exercem sobre o seu medo faz muita diferença em relação ao seu bem estar. Alguns o têm firme e útil, outros o têm tão frágil que precisam de reforço, em geral, com drogas ou acompanhamento psicológico. Ainda há aqueles que dispõem de métodos especiais para controlar a ansiedade, como é o caso dos que para disfarçá-la, desviam-na da parte do corpo cirurgicamente afetada, tornando-se preocupados com outras partes do corpo, criando até mesmo outros problemas em outras regiões orgânicas e saudáveis. O hospital é um ambiente estressante para a criança, que acaba por somatizar a doença, a hospitalização e os procedimentos cirúrgicos e invasivos. Essa somatização leva à manifestação de ansiedade e de dor de caráter emocional, além da dor física (M.E.M. Silva, 2011).

Em se tratando de reação de perda, tem-se claramente que não ocorre apenas em pacientes submetidos a cirurgias mutilatórias, como em cirurgias em que nada é retirado. Mesmo assim, os pacientes reagem desfavoravelmente. Perde-se a integridade do corpo, a pele é cortada e nunca mais é a mesma. Embora esta reação possa causar estranhamento, ela realmente acontece. É o universo de símbolos, valores e vivências pessoais que vai influenciar a interpretação do paciente em relação à perda. Qualquer tipo de intervenção “sempre será seguida por reações pessoais de perda (...). O que se perde em qualquer cirurgia é a integridade do corpo” (Sebastiani, 1984, p. 48). Ainda segundo Tesser e Prebianchi (2013) diante da necessidade da realização de uma intervenção cirúrgica, o paciente sente sua integridade física e psicológica ameaçadas, manifestando sentimentos de impotência, medo da morte e de possíveis mudanças que podem decorrer do processo cirúrgico.

Assim, a expressão da ansiedade no período pré-operatório, quer exprimindo-se em nível mental, somático ou misto, estará sempre na dependência de variáveis ligadas à estrutura psíquica de cada indivíduo, elementos de natureza cultural, relações familiares, perspectiva de

mutação, e cada variável destas adquire um significado diferente para cada paciente, sendo ele, homem ou mulher, criança ou adulto (Souza *et al.*, 1988). A hospitalização em si já é vista pela criança como ameaçadora e causadora de ansiedade, e desta forma, tem um impacto sobre a mesma, e a leva à manifestação de reações adversas como o stress, ansiedade e medo (Costa Jr, 1999, Guimarães, 1999, Miyazaki, Amaral & Salomão, 1999, Salmon, 2006, Sobrinho *et al.*, 2011; Tesser & Prebianchi (2013).

Tais reações podem ser atribuídas a fatores relacionados à ausência de atividades cotidianas e escolares; ao trauma da doença, ao ambiente desconhecido, à distância de seu ambiente familiar e de seus pares, à incerteza de como se comportar adequadamente; à perda de controle e de autonomia; à ausência de rotina e aos procedimentos médicos e cirúrgicos (Lipp, 2000).

A cirurgia e a anestesia são situações que exigem da criança um enfrentamento. É possível que a antecipação destes eventos desencadeiem sentimentos e avaliação cognitiva que, influenciados pelas diferenças individuais, resultarão em comportamentos peculiares de ajustes cuja finalidade é enfrentar o stress e a ansiedade provocados por este evento (Peniche & Chaves, 2000).

Conforme Trinca (2003) atualmente já não se colocam dúvidas sobre o impacto que a situação de hospitalização pode provocar no ser humano, notadamente na criança. Angerami-Camon (1995) expôs com muita propriedade a situação geral relacionada à hospitalização e suas decorrências emocionais sobre o paciente e a família. As reações da criança à doença, à hospitalização e à cirurgia constituem um tema merecedor de atenção.

“O ingresso ao hospital para intervenção cirúrgica pode constituir uma experiência traumática para a criança, com efeitos psicológicos persistentes. O ambiente hospitalar, a separação dos pais, a dor dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e indução forçada de anestesia são fatores contribuintes” (Mondolfi & Salmen, 1993, p.55). Esses autores avaliam que as crianças, conforme a idade, reagem à separação dos pais, à hospitalização e à cirurgia, expressando diferentes conteúdos emocionais. Sugerem que se faça uma preparação das crianças para que possam conhecer os procedimentos médicos empregados. Recomendam o emprego de jogos, visitas à área de hospitalização e da cirurgia. As informações às crianças sobre o que irá acontecer devem ser dadas em linguagem simples.

Sebastiani (1984) elenca ser o período pré-operatório constituído por uma longa espera permeada de pré-exames, jejum e expectativa

muito grande em relação ao que irá ocorrer durante e após a cirurgia. O pré-operatório costuma desencadear muita ansiedade, quer pelo sofrimento do próprio paciente, quando este já estiver acometido pela doença ou pelo contato direto com outras pessoas que se encontram no mesmo ambiente de espera, sem contar com a inatividade peculiar à situação, exames complementares, separação do paciente de sua família e ambiente, além de outras preocupações que eventualmente a pessoa apresenta.

Trinca (2003) aponta que o desgaste emocional provocado pela cirurgia no paciente, especialmente quando se trata de crianças, levou pesquisadores a procurar desenvolver formas de lidar com o problema. São frequentes os apelos à interdisciplinaridade e a um esforço conjunto para suprir o desconhecimento que ainda hoje recobre o assunto. O comportamento da criança submetida à cirurgia estará sempre associado às suas características emocionais diante dos fatos vividos até então, ou melhor, ao mecanismo de enfrentamento que utiliza nos casos de estar frente a um perigo eminente. Neste sentido, a equipe médica, ainda não está voltada ou preparada para dar suporte ou intervir, sendo que a sua avaliação ainda está baseada no senso comum. A conduta da equipe, objetivando a diminuição da ansiedade da criança, está relacionada com uma avaliação emocional adequada e esta, por sua vez, está ligada intimamente à compreensão da subjetividade humana (Peniche & Chaves, 2000).

Em se tratando de população pediátrica, Fukuchi *et al.* (2005) afirmam ser a adenoidectomia (AD) e a amigdalectomia (A) os procedimentos cirúrgicos mais realizados na especialidade otorrinolaringológica, tendo incidência principal nas crianças. A maioria delas terá sua primeira intervenção cirúrgica dentro desta área. Por ser um evento estranho para a criança, a ansiedade frente ao procedimento cirúrgico pode aumentar, porém, como são cirurgias eletivas, ou seja, programadas, há um período de tempo para se realizar um preparo pré-cirúrgico.

Em relação a cirurgias eletivas, estas são consideradas simples, porém, ao se indicá-las deve-se preparar o paciente tanto no aspecto físico como no psicológico. Neste tipo de cirurgia, a internação tem duração de um a dois dias quando não ocorrem complicações, e na maioria dos casos, a criança interna e recebe alta no mesmo dia. Amitay *et al.* (2006) mencionam que embora sejam cirurgias planejadas, a criança pode experimentar uma ameaça a sua integridade física e até mesmo ocorre o medo da morte durante a cirurgia. Os autores afirmam que a maioria dos estudos abordando os resultados de cirurgias eletivas

têm os focado na questão da ansiedade prévia, e nem tanto, em sintomas depressivos pós-traumáticos. Segundo os autores a retirada da hérnia e da adenoide são amplamente comuns em crianças e a ansiedade tem sido referida como a resposta emocional mais comum, tendo prevalência em 60% dos casos. Fukuchi *et al.* (2005) ressaltam que com um programa pré-operatório adequado, estar-se-á diminuindo o nível de ansiedade, a resposta ao stress cirúrgico e possíveis sequelas pós-operatórias.

Em caso de cirurgia, todos os fatores elencados anteriormente podem abalar o quadro emocional da criança, a qual se vê exposta a uma situação com a qual não sabe como lidar, fato este que gera grande ansiedade e stress no período que antecede a cirurgia.

3.2 ANSIEDADE, STRESS E ESTADOS EMOCIONAIS

A cirurgia é um fator desencadeante de crise. Quando surge o fator desencadeante, neste caso, a perspectiva cirúrgica, a mesma se vê lançada em direção a fatos que fogem ao seu controle e sua compreensão. Do ponto de vista exterior, a ansiedade é previsível. Não o é, por sua vez, para a própria criança, que se vê assaltada por elementos desconhecidos, estranhos e até então, não experimentados (Trinca, 2003).

A criança tem menores condições de compreender, a princípio, que um procedimento cirúrgico irá beneficiá-la. A informação que a mesma recebe pode vir com carga emocional referente ao fato de que sua pele será cortada e não será mais a mesma. Os estados emocionais eliciados por tal evento vêm a mobilizar a criança.

A neurociência busca formular uma teoria da emoção capaz de explicar a relação entre estados cognitivos e fisiológicos, e para tanto, relaciona o sentimento à sensação consciente de um estado corporal, a emoção. A especificação de tais termos justifica-se até mesmo porque circuitos neuronais diferentes estão relacionados a cada um deles (Darwich & Galvão, 2001).

Conforme os autores acima citados, sentimento consciente é mediado pelo córtex cerebral, em parte pelo córtex cingulado e pelos lobos frontais. Assim, estados emocionais são mediados por uma família de respostas periféricas, autonômicas, endócrinas e respostas motoras. Estas respostas envolvem estruturas subcorticais: a amígdala, o hipotálamo e o tronco cerebral. Para compreender o medo, portanto, precisa-se compreender a relação entre sentimento cognitivo representado no córtex e os sinais fisiológicos associados que são orquestrados em estruturas subcorticais.

Em pesquisa realizada por I.C.M. Campos (2006), a autora elenca que o componente psicológico manifestado em patologias relacionadas ao sistema osteomuscular e aparelho circulatório, possuem relação com dimensões tais como as emoções, a ansiedade, o medo, a angústia e a queda das defesas do organismo. Conforme Barreto (2005, apud I.C.M. Campos, 2006) as emoções exercem influência sobre o corpo, provocando doenças que afligem o ser humano. Por sua vez, Cairo (1999) afirma que qualquer distúrbio orgânico tem estreita ligação com estados emocionais ou comportamentais, conscientes ou inconscientes, recentes ou não.

No caso da presente pesquisa, hipotetiza-se que a situação pré-cirúrgica, por ser estranha e na maioria das vezes, desconhecida, e ainda trazer dor e sofrimento, pode provocar a alteração dos estados emocionais das crianças a serem submetidas a procedimentos cirúrgicos, e elevar assim, seus níveis de stress e ansiedade. Teoricamente, eventos estressores, de maior ou menor magnitude na vida de crianças e adolescentes, têm sido relacionados a problemas emocionais e de comportamento (Compas, Malcarne & Fondacaro, 1988).

Harris (1996) faz uma distinção entre o controle externo da emoção, que inclui comportamentos, gestos, expressões faciais, e o controle da emoção em si. Em estudo realizado por Harris, Olthof e Terwogt (1981) foi investigado se as crianças captavam a distinção entre a expressão externa da emoção e a mudança da emoção em si, e se reconheciam que existem estratégias que podem ser utilizadas para mudar estas emoções. Verificou-se que crianças mais velhas (a partir dos 6 anos) começam a explicar cognitivamente as estratégias, ou sugerem estratégias tipicamente cognitivas, relacionadas à mudança no pensamento para que haja uma mudança da emoção. Mesmo quando se referem a mudanças de situação, esta é explicada como sendo eficaz para distrair.

Marcelli e Cohen (2009) distinguem a ansiedade e a angústia na criança, para eles ansiedade é afeto penoso associado a uma atitude de expectativa de um acontecimento imprevisto, mas sentido como desagradável, e a angústia caracteriza-se pela sensação de extremo mal-estar acompanhada de manifestações somáticas (neurovegetativas e/ou viscerais). Quanto menor é a criança, mais rico é o contexto somático. A criança parece aterrorizada, suando, e é difícil chamá-la “à razão”. Segundo os autores supracitados, ainda pequena, antes dos sete ou oito anos, apenas a presença do pai ou da mãe é capaz de acalmar efetivamente esse acesso de angústia.

Segundo os mesmos autores, as manifestações de ansiedade e medos em crianças de cinco a sete anos, cujo período é caracterizado como pré-escolar, possui competências e preocupações psicológicas relevantes, como por exemplo, pensamento operatório que seria a capacidade de imaginar e a não-distinção entre fantasia e realidade em termos concretos. As principais fontes de medo são as catástrofes naturais, acidentes corporais, animais e medos induzidos pela mídia. Os transtornos ansiosos correspondentes nessa faixa etária são fobias dos animais, de sangue, transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva e queixas somáticas.

O medo e a ansiedade não são sinônimos, sendo necessário distingui-los. A ansiedade é caracterizada como um temor, porém nesse temor não existe um objeto real. Existem agentes externos que provocam a ansiedade, mas os deflagradores internos (lembranças de experiências anteriores, ideias, fantasias pessoais) e o grau de intensidade destes é que vão determinar a reação de ansiedade que pode ser manifestada por um estado de inquietação que vai aumentando progressivamente (Fernandes, Arriaga & Esteves, 2014).

Segundo Marques, Gradwohl e Maia (2010) o medo pode ser classificado em dois tipos: o medo objetivo e o medo subjetivo. Por sua vez, o medo objetivo pode ser subdividido em direto e indireto. O primeiro manifesta-se quando a experiência anterior, dolorosa ou desagradável, sofrida pela criança ocorreu através de ações provocadas no próprio tratamento. O medo objetivo indireto é oriundo de experiências ocorridas em ambientes semelhantes. O medo subjetivo advém por sugestões: crianças que ouviram falar de experiências desagradáveis vividas por seus pais, parentes ou amigos, ou especialidades afins.

Conforme Oliveira, Dias e Roazzi (2003) ao se deparar com a situação de hospitalização, a criança se assusta frente à instituição hospitalar, paredes lisas, pessoas enfermas deitadas em seus leitos e outras desconhecidas que circulam de um lado para o outro, impondo cumprimento de regras e bom comportamento, a manipulação do corpo de forma invasiva e dolorosa e a perda de autonomia. Este ambiente asséptico é em geral ansiogênico, pois não há nada nele que a criança possa identificar com suas experiências anteriores, e somado a isso, o fato de sua debilitação física e emocional estarem presentes na situação a tornam ainda mais agravante. A equipe hospitalar, por sua vez, preocupa-se mais com a restauração do órgão debilitado, do que com a saúde da criança, não levando em conta o seu desenvolvimento

cognitivo e emocional para compreendê-la e auxiliá-la no enfrentamento da situação.

Chiattonne (1988) aponta para vários distúrbios consequentes da hospitalização, que muitas vezes estão associados à impossibilidade da criança em lidar adequadamente com os acontecimentos. Entre estes distúrbios, pode-se salientar culpa e depressão, angústia, personalidade instável, falta de iniciativa, diminuição da vocalização, atraso no desenvolvimento cognitivo e emocional, agressividade e manifestações psicossomáticas. Muitos autores, dentre eles Chiattonne (1988), Mello (1992) e T.C.P. Campos (1995) chamam a atenção para os aspectos psicológicos que podem influenciar na evolução do quadro clínico do paciente, agravando-o pelo aumento do nível de stress.

Hackbarth (2000) realizou um estudo com crianças em situação pré-cirúrgica, utilizando-se de desenhos, e teve resultados mostrando que os sentimentos que as crianças da pesquisa experimentaram com mais frequência, foram, em geral, negativos. O sentimento de medo manifestou-se em quase todos os desenhos. Culpa, fuga, tristeza e desconfiança na equipe também apareceram com bastante frequência. Normalmente as crianças perceberam a cirurgia como um evento agressivo, e perceberam o contexto que antecede a cirurgia como permeado por tristeza, e por uma espera ansiosa, devido às dúvidas, exames e demais procedimentos preparatórios. Segundo Piuvani (2011) o recurso do desenho no trabalho com crianças não é uma simples técnica terapêutica a ser aplicada, mas é linguagem, comunicação, relação, aliança, ressonância e participação emotiva.

Ansiedade e stress são frequentes em casos de situação pré-cirúrgica, e a alteração dos mesmos é muito comum. Desta forma, segue-se abaixo, uma explanação sobre ambos, tão presentes e causadores de sofrimento, de acordo com a perspectiva de alguns autores.

A ansiedade é definida como um conjunto de manifestações comportamentais que pode apresentar-se como estado ou traço de ansiedade. O primeiro é tido como condição emocional temporária que varia em intensidade e flutua com o tempo enquanto que o traço de ansiedade é uma característica da personalidade que permanece relativamente estável durante o tempo (Caumo, Broenstrup & Fialho, 2000).

Também no que se refere à ansiedade como estado ou traço, Cruz, Zangrossi e Graeff (1998), definem ansiedade-estado como aquela observada em determinado momento na vida do indivíduo. Geralmente associa-se com algum evento estressógeno, sendo elevada ou atenuada

devido à apresentação ou à retirada, respectivamente, deste evento. Ansiedade-traço é uma característica do indivíduo, uma propensão para sentir maior ou menor grau de ansiedade diante de situações ambientais. Influências genéticas, bem como experiências anteriores do indivíduo, determinam essa predisposição.

Ainda de acordo com os mesmos autores, medir ou avaliar a ansiedade não é tarefa fácil, pois os limites entre a ansiedade normal e patológica não são claramente identificados. Embora certo grau de ansiedade motive um melhor desempenho em diversas tarefas, uma distinção que assuma um caráter clínico importante, dá-se quando essa se apresenta com intensidade e/ou duração excessivas, ou ainda, quando irracional e dissociado de situações normalmente ansiogênicas.

A ansiedade é o sinal de perigo da mente, um sinal que se manifesta em presença de um problema. Como sinal, a ansiedade é análoga à dor, e tão importante quanto esta. O homem não pode viver normalmente sem sentir ansiedade. Este sentido da ansiedade, em geral captado apenas como uma sensação, manifesta-se, deixando-nos inquietos, preocupados, assustados ou de algum modo, ameaçados (Sebastiani, 1995, p.52).

A imaginação pode produzir qualquer tipo de preocupação relativa ao desconhecido, e por certo, aquilo que está por vir encontra-se na área do desconhecido. Deveria ser claro que a maioria das ansiedades que envolvem a vida do ser humano se baseia nas incertezas. Assim, os problemas que tomam maior parte de nosso tempo devem-se basicamente ao fato de que o grande fator é o desconhecido e que a maioria das ansiedades se baseia numa incerteza (Cecil & Poole, 1983).

Assim, pode-se dizer que a cirurgia é um evento desconhecido para a crianças, fato este que pode trazer certo nível de ansiedade àquelas que tenham que se submeter a uma cirurgia. Sendo assim, é aceitável que frente a tantas dúvidas, e poucas certezas, ocorram muitas fantasias a este respeito. Moix (1996) afirma que a imaginação das crianças serve para agravar o estado de ansiedade, levando-as a distorcer o que supõem ser a mesma. A ansiedade que sofre a criança durante a hospitalização pode acarretar consequências negativas. A maioria das crianças após receber alta apresenta problemas de comportamento, transtornos alimentares, de sono e de humor (Moix, 1996). Estas vivências podem repercutir negativamente na forma como a criança viverá num futuro próximo, inclusive frente a novas experiências médicas.

O termo ansiedade, no Dicionário Aurélio, segundo M.T.A. Silva (1997), significa ânsia, e ânsia é aflição, angústia, perturbação de

espírito, causada pela incerteza ou pelo receio. Há alguns elementos que o uso vulgar reconhece: o frio na barriga, o coração apertado, o nó na garganta, a mão suada e a paralisia geral.

Deste modo, conforme Sebastiani (1995), muitos pacientes tentam com algum êxito desligar a ansiedade da enfermidade e transferi-la para outro problema, sobre o qual se possa fazer alguma coisa. A distorção, a negação e o deslocamento de sintomas físicos podem fazer alguém se sentir melhor.

Para o autor a ansiedade passa a fazer parte das histórias de experiências do sujeito, e todas as experiências passadas com doenças ou outros perigos, similares ou não, tendem a acumular-se no atual. É deste modo que cada pessoa gradualmente constrói sua maneira característica de reagir à enfermidade e à ansiedade que ela provoca. O fato de que a ansiedade tem raízes históricas possibilita explicar um pânico inexplicável do paciente em resposta a uma enfermidade ou procedimento médico menor, o problema atual e sem importância assumiu o lugar de uma experiência terrível de uma época anterior, até então esquecida. Em virtude da ligação da ansiedade com o passado, é útil pensar que a reação atual do paciente está sendo influenciada por algo acontecido anteriormente.

De acordo com o mesmo autor, a ansiedade é profundamente rica em máscaras. Um de seus disfarces é uma simples troca de nomes, como por exemplo, “sinto-me nervoso, tenso, fraco, assustado, apreensivo, instável, deprimido, aborrecido, inquieto, preocupado, ou então, fico acordado de noite, não consigo comer, dormir, ou tomar uma decisão”. O paciente em geral, usa centenas de palavras no lugar de ansiedade, sendo que a mesma inclui todas.

A ansiedade também pode se esconder atrás de outras emoções, como a irritação, a agressividade, que atuam como reação a uma situação subjacente produtora de ansiedade. Pessoas frias, paralisadas e mudas também podem estar respondendo a situações ansiogênicas. Uma outra forma de analisarmos a ansiedade é associá-la a estímulos aversivos.

Skinner aborda a questão procurando o que é comum às várias definições psicológicas para esse verbal ansiedade, concluindo que a ansiedade é o nome usualmente dado à condição resultante da presença de um estímulo aversivo, com um intervalo de tempo suficiente para que se observem mudanças comportamentais: fortes respostas emocionais, elas próprias aversivas, respostas do sistema nervoso autônomo, comportamento de esquiva, interferência com o comportamento operante (M.T.A. Silva, 1997, p.92).

Skinner (1994) afirma que quase todos os estímulos aversivos fortes são precedidos por estímulos característicos que podem vir a gerar ansiedade. Contingências como essa, são dispostas no controle prático do comportamento muitas vezes em conexão com punição. Embora, exista a evitação, o padrão emocional da ansiedade parece não ser de grande utilidade. Interfere no comportamento normal do sujeito e pode mesmo desorganizar o comportamento de evitação, o qual poderia ser útil para se lidar com dadas situações. “Desde que o condicionamento pode acontecer como resultado de um emparelhamento de estímulos, um único evento aversivo pode levar uma condição de ansiedade a ficar sob o controle de estímulos incidentais” (p.177).

Conforme Kaplan, Sadock e Grebb (1997), a sensação de ansiedade é uma vivência comum de qualquer ser humano. A sensação se caracteriza por um sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, frequentemente acompanhado por cefaléia, palpitação, aperto no peito e desconforto abdominal. A ansiedade também é um sinal de alerta, que serve para avisar sobre um perigo iminente e possibilita a tomada de decisões para enfrentar a ameaça. Difere do medo, por este ser uma resposta a uma ameaça conhecida, externa, definida ou de origem não-conflituosa. A ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga ou de origem conflituosa. Os três principais neurotransmissores associados à ansiedade com base em estudos de animais e respostas a tratamentos medicamentosos são: noradrenalina, serotonina e GABA.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição, o DSM-IV, é vasta a classificação dos transtornos de ansiedade. Alguns deles são: Transtorno de Pânico, Agorafobia, Fobia Específica, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade devido a uma Condição Médica Geral, Transtorno de Ansiedade induzido por Substância e Transtorno de Ansiedade sem outra especificação (Batista, 1995). Dentre estes, a experiência de passar por uma cirurgia pode se encaixar no Transtorno de Ansiedade devido a uma condição médica geral, posto que o mesmo caracteriza-se por sintomas proeminentes de ansiedade considerados como uma consequência fisiológica direta de uma condição médica, que pode ser uma doença, uma condição respiratória, uma cirurgia, uma condição cardiovascular, e antecedentes pré-mórbidos.

Moro e Modolo (2004) afirmam que a origem dos temores que envolvem o período peri-operatório inclui: o medo da criança de se separar dos pais, a incerteza relacionada à anestesia, à cirurgia e aos

resultados do procedimento. O medo de sentir dor, de não sobreviver ou ouvir sons estranhos também são fontes de ansiedade nas crianças.

Em relação ao stress, o termo em si, pode significar várias coisas para diferentes pessoas. Pode ser definido como tensão, pressão, cansaço, irritação, desgaste físico, entre outros. De acordo com Lipp e Malagris (1998), stress é definido como “uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz” (p.279). A resposta do stress deve ser entendida como sendo um processo e não uma reação estanque e independente, pois no momento em que ela se inicia um longo processo bioquímico se instala.

Ainda segundo os autores anteriormente citados, qualquer situação geradora de um estado emocional forte que ocasione uma quebra de homeostase interna e exija alguma adaptação pode ser chamada de estressor. Algumas situações e eventos são intrinsecamente estressantes, como o frio, a fome e a dor. Estes estressores, chamados de biogênicos, não dependem tanto de interpretação e atuam no desenvolvimento do stress automaticamente. Outros, chamados de estressores psicossociais, adquirem sua capacidade de estressar uma pessoa devido a sua história de vida.

No caso de uma cirurgia, esta se enquadra num estressor psicossocial, visto que a interpretação que cada um dará a ela, sua necessidade e importância estão na dependência de fatores de vida da pessoa, tais como o conhecimento ou não, sobre o procedimento, bem como, procedimentos bem sucedidos ou não, realizados anteriormente.

Segundo Lipp (2000) o stress infantil assemelha-se ao do adulto em vários aspectos, podendo gerar sérias consequências no caso de ser excessivo. A reação da criança frente a determinados eventos, que exijam adaptação por parte dela, inclui mudanças psicológicas, físicas e químicas no seu organismo.

Quando a criança é exposta a um evento estressante, seja ele bom ou ruim, ela entra em estado de alerta, ocorrendo assim, uma ativação do sistema nervoso simpático e da glândula pituitária, por meio do hipotálamo. Ao mesmo tempo, ocorre a ativação das glândulas supra-renais que liberam adrenalina, preparando a criança para a reação de luta-e-fuga e provocando a inibição das atividades vegetativas, o que pode ocasionar mudanças nos hábitos alimentares (perda de apetite) e alteração no sono (pesadelos, insônia).

A.R. Silva (2000) afirma que apesar de ser um fenômeno de ativação fisiológica normal, provocado por situações que ameaçam o domínio pessoal, o stress pode se transformar em um estado de superativação emocional crônica e problemática. Assim, quando o indivíduo não tem os recursos ou habilidades necessárias para enfrentar e controlar as situações consideradas ameaçadoras, tal como uma cirurgia, a qual nem sempre é encarada como um meio de benefício, e sim, como uma ameaça.

Conforme Moix (1996), em muitas ocasiões, uma mesma circunstância é vivida como estressante por algumas pessoas, mas não por outras. Isto acontece sobremaneira com as intervenções cirúrgicas. Submeter-se a uma cirurgia supõe um acontecimento estressante para a maioria das pessoas. Trata-se de uma situação em que o sentimento de indefesa é predominante e os pacientes não sabem muito bem como enfrentá-lo. Se os pacientes adultos já ficam desorientados, a sensação de desorientação nas crianças pode alcançar, em alguns casos, níveis traumáticos.

Os procedimentos médicos e os tratamentos clínicos surgem muitas vezes associados e descritos na literatura como experiências com potencial de causar aversão e geradoras de atitudes negativas duradoras, com possíveis repercussões e implicações na saúde e no bem-estar dos pacientes (Fernandes *et al.*, 2014). Os principais medos e preocupações infantis com a saúde estão relacionados com o adoecer, as intervenções cirúrgicas, os sintomas corporais e a saúde dos pais, e com aspetos específicos da doença, nomeadamente em termos de sequelas e possíveis complicações, como a morte, a dor e/ou a incapacidade. Na origem destes medos poderão estar questões relacionadas com o desconhecido, experiências prévias traumáticas, falsas crenças e distorções da realidade clínica e respetivos procedimentos médicos.

Em pesquisa realizada por Ribeiro, Tavano e Neme (2002), com crianças brasileiras entre 9 e 12 anos, hospitalizadas para cirurgia de enxerto ósseo, verificou-se que as crianças revelaram temores em relação à anestesia, ato cirúrgico e tinham medo de não poder andar mais, não poder mais jogar futebol, já que a cirurgia envolveria retirada de material ósseo da perna da criança. Assim sendo, ajudar a criança a compreender a causa da doença e hospitalização poderá ajudá-la no alívio da culpa e medo por ter sido desobediente ou pela ideia de que terá prejuízos na vida infantil.

Deste modo, diante dos comportamentos apresentados pela criança no ambiente hospitalar, percebe-se a necessidade da equipe de saúde em dar atenção não somente para a saúde física, mas também

atenção para os cuidados com as necessidades emocionais e sociais que a criança apresenta. Afirmar-se então, a necessidade e importância de uma preparação psicológica para crianças em situação pré-cirúrgica.

3.3 PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA DA CRIANÇA PARA A CIRURGIA

Hoje há um consenso em várias áreas das ciências humanas, que têm contato com crianças em via de serem submetidas à intervenção cirúrgica, de que algum tipo de intervenção psicológica se faz necessária (Crepaldi & Hackbarth, 2002; Trinca 2003; Salmon, 2006; Uman, *et al.*, 2008; Magalhães, Gusman & Grecca, 2010; Fincher, Shaw & Ramelet, 2011; Paladino, Carvalho & Almeida, 2014). Eckenhoff (1959) documentou há mais de 50 anos que traumas psicológicos infantis podem ser decorrentes da cirurgia e da anestesia. Crianças de seis meses a seis anos de idade são as mais suscetíveis a exibirem distúrbios comportamentais pós-hospitalização devido à capacidade limitada em lidar com pensamentos abstratos.

Já nas décadas de 1960 e 1970 estudavam-se os benefícios da preparação de crianças para cirurgia e demais procedimentos invasivos, como também a importância da participação dos pais na hospitalização como fatores importantes no combate ao stress e consequências nocivas da internação, além de se traduzir em medida fundamental para proteger a criança de danos em seu desenvolvimento (Crepaldi & Hackbarth, 2002).

Frente a esta realidade, Moix (1996) afirma que são muitos os hospitais, principalmente dos Estados Unidos e Canadá que levam a sério programas de preparação para ajudar as crianças e seus pais a enfrentar a experiência cirúrgica, da melhor forma possível. Na Espanha também tem se realizado algumas experiências neste sentido. Todavia, ainda se está muito longe de uma completa incorporação de programas preparatórios.

Deste modo, o Psicólogo na Pediatria tem papel fundamental para que a internação, seja ela seguida de cirurgia ou não, seja sentida de maneira menos invasiva, visto que será trabalhado com o emocional da criança, que se sente exposta não só pela doença, como também pelo profissional, que a apalpa, injeta, corta, subtrai esperanças, cria restrições ou dita normas.

No hospital, a submissão a repetidos procedimentos dolorosos é referida pelas crianças como um dos aspectos mais difíceis de sua internação ou enfermidade, e não raro, ocorrem respostas de stress,

como choro, grito ou tensão muscular. O psicólogo então, poderá utilizar recursos com o objetivo de aumentar as habilidades de enfrentamento das crianças, reduzindo-se assim suas percepções de dor e seus níveis de stress.

Sabe-se que os momentos que antecedem a cirurgia são vivenciados pelo paciente com medo, medo este frente ao desconhecido, e que é a principal causa da insegurança e da ansiedade do paciente pré-cirúrgico. Ele teme a morte, a anestesia, o procedimento em si, a recuperação. Para tentar obter controle sobre a ansiedade e o medo, o paciente pré-cirúrgico lança mão de algumas estratégias, como: depositar confiança na equipe de saúde; crenças religiosas; a desqualificação dos sentimentos; controlar o pensamento; ter sempre a companhia de alguém conhecido. No entanto, existe uma particularidade concreta no que se refere às suas preocupações: a cirurgia realmente vai acontecer e não há garantias de ausência de riscos (Fighera & Viero, 2005).

Em estudo realizado por Castro, Silva e Ribeiro (2004) sobre os efeitos do preparo pré-operatório no comportamento das crianças antes e após a cirurgia tem-se que os medos fizeram com que as crianças respondessem adversamente aos eventos cirúrgicos e contribuíram para os problemas de comportamento após a hospitalização. Tais respostas incluem: pânico, agitação que requer restrição física, resistência ativa aos procedimentos, o esquivar-se fortemente dos cuidadores e/ou um longo período de recuperação após a cirurgia. Os medos decorrentes da ansiedade e fantasias reativadas pela cirurgia tendem a persistir por períodos prolongados após a operação, de onde provém a necessidade de ajuda e orientação à criança.

Segundo Yamada e Bevilacqua (2005) uma cirurgia traz, para a criança, situações com as quais ela não está acostumada. Pessoas estranhas, injeções, ambiente desconhecido e procedimentos dolorosos contribuem para provocar reações de insegurança e medo. Sendo assim, é profícuo que a criança seja devidamente preparada a fim de que os processos psicológicos desencadeados pela situação não comprometam a própria recuperação do paciente. A intervenção psicológica se dá de acordo com a faixa etária do paciente e a necessidade de cada caso.

Deste modo, é importante fazer uma avaliação do tipo de reação de cada criança antes da preparação. De acordo com Grilo e Pedro (2005) a Psicologia do Desenvolvimento tem fornecido grandes contribuições na preparação de crianças para os procedimentos médicos invasivos e para a própria hospitalização, a promoção do confronto adaptativo com reações emocionais que lhes estão subjacentes, e as

repercussões desta experiência no processo de desenvolvimento das crianças. Segundo Salmon (2006), qualquer que seja o tipo da preparação psicológica para procedimentos médicos deve incluir dois aspectos fundamentais: a informação sobre os detalhes da experiência a ser vivida e o ensino de estratégias efetivas de enfrentamento.

O objetivo da informação é promover a possibilidade de manejar os eventos antecipando-os e compreendendo os objetivos, o significado e propósito deles, além de corrigir o que não ficou claro. A informação deve ser simples, realística e verdadeira e pode ser dada de várias formas, segundo as condições de cada criança e família (Le Roy *et al.*, 2003). Porém é necessário avaliar se a antecipação das informações não aumenta ainda mais a ansiedade (Salmon, 2006). Estes casos necessitam atenção e procedimentos especiais. Costa Jr. *et al* (2012) pontuam ainda que conceder autonomia ao paciente caracteriza-se como um diferencial nas práticas de intervenção pré-cirúrgica. Essa concessão pode ocorrer por diversos meios, como, por exemplo, a acessibilidade a informações que aumentem a percepção do paciente em relação a sua capacidade de exercer algum controle sobre a situação vivenciada.

São inúmeros os fatores a serem considerados quando se planeja um programa de preparação. Estudando a preparação de crianças para procedimentos cardíacos invasivos, Le Roy *et al.* (2003), recomenda que se deva fazer uma avaliação acurada da criança e de suas condições psicossociais e enumera alguns fatores importantes a serem avaliados junto à família tais como: o nível de desenvolvimento da criança e seu estilo de enfrentamento; a compreensão da criança e da família sobre sua condição médica e sobre o procedimento médico a ser realizado; experiência prévia de hospitalização e particularmente de situações adversas; sintomas emocionais, cognitivos e físicos; medos em geral e de procedimentos específicos; composição familiar, incluindo fatores linguísticos, culturais e religiosos; o método mais apropriado para lhes transmitir as informações (verbal, visual, escrita e sensorial); outros estressores familiares como os financeiros, sociais, e outros eventuais problemas de saúde; além do modo segundo o qual os familiares tomam decisões.

Segundo Borges (1999), técnicas cognitivas como distração, imaginação, paradas de pensamento, hipnose, auto-afirmação positiva, instrução, informação preparatória, ou técnicas comportamentais, como exercícios, reforçamento por contingência, relaxamento, biofeedback, modelação, dessensibilização sistemática, ensaio comportamental e terapia de arte e de jogo, são eficazes para este propósito. Resultados semelhantes são relatados por Tesser e Prebianchi (2013), os quais

realizaram um levantamento bibliográfico específico sobre preparação psicológica pré-cirúrgica, focalizado no período dos últimos cinco anos. Este levantamento identificou 150 artigos, os quais foram organizados e os resultados evidenciaram que as técnicas e instrumentos utilizados na preparação psicológica dos pacientes e descritas em oito dos artigos incluídos são derivadas do método clínico, sendo elas: entrevistas, uso de escalas, grupos de apoio, dinâmica de grupo, psicoterapia breve, recursos lúdicos, visita ao centro cirúrgico e contato com os instrumentos cirúrgicos.

Watson e Visram (2003) salientam que os programas de preparação pré-operatórios podem ser representados por informação narrada, escrita, visita hospitalar, vídeos informativos, role play com bonecos, técnicas de relaxamento ou teatralização com a participação das crianças simulando o médico ou o paciente. Por sua vez, Moix (1996), aponta como principais técnicas a serem adotadas: a transmissão de informações, a modelação, o jogo médico, visita ao hospital, distração, relaxamento e treinamento aos pais.

Segundo Crepaldi *et al.* (2006) a preparação psicológica pré-cirúrgica da criança e dos pais é fundamental, pois lhes possibilita certo grau de controle sobre o desconhecido que a situação cirúrgica representa, pois em geral esta é sentida e percebida como um momento de vulnerabilidade e risco. Neste sentido, é salutar considerar as consequências positivas do preparo psicológico para cirurgia eletiva de crianças hospitalizadas, e enfatizar que intervenções deste gênero sejam igualmente realizadas com os pais, que também se encontram vulneráveis e inseguros frente à situação de hospitalização da criança. A informação é uma intervenção que atenua a ansiedade e o stress permitindo ao paciente e ao familiar esclarecimento sobre os procedimentos, o que possibilita maior controle sobre a situação estressora (Ribeiro & Pinto, 2009, Magalhães, Gusmam & Grecca, 2010). Conforme Gaíva e Silva (2014) deve-se estimular os profissionais a dialogarem com os pais sobre os eventos significativos da saúde da criança, e deste modo, envolver a família, fornecendo informações sobre os cuidados e os problemas de saúde, além de incluí-la nas intervenções.

Conforme Bess d'Alcantara (2008) a preparação deve abranger o pré-operatório, o peri-operatório, o pós-operatório imediato e o pós-operatório. A criança deveria ser preparada por seus pais, no entanto, estes preferem que a preparação seja feita pela equipe de saúde. Devem seguir as necessidades da criança, a idade, suas experiências e o tratamento. Alerta que preparar com muita antecedência pode aumentar

as fantasias, dificultando a elaboração dos fatos. Sendo o hospital um ambiente vulnerável a muitas variáveis, pode-se estar ciente, de que mesmo preparada ela pode sair-se mal, e outra criança com nenhum preparo, pode sair-se bem. As reações pós-operatórias serão o dado mais importante para se determinar uma boa recuperação psicológica. Porém, nem sempre é possível ter uma avaliação do pós-operatório de todas as crianças.

Em um estudo realizado por Soares e Bomtempo (2004) para preparar crianças que seriam submetidas a inalação, optou-se pela utilização de estratégias que incluíram o reforçamento positivo, a modelagem, a modelação, o ensaio comportamental (simulação), a dessensibilização sistemática, o fornecimento de informação, o enfrentamento, o autocontrole, o relaxamento, a imaginação, a distração e as atividades lúdicas. Mesmo considerando as possíveis dificuldades e variáveis que controlam o comportamento da criança no hospital, constatou-se que o trabalho pôde contribuir para a superação das dificuldades encontradas no atendimento pediátrico, fornecendo um modelo de atendimento direcionado à preparação da criança para procedimentos médicos e para superação de dificuldades relacionadas a esse contexto.

Durante essa etapa de preparação, Yamada e Bevilacqua (2005) sugerem que seja oferecido um espaço para que a criança possa se familiarizar e dramatizar situações que irá vivenciar no processo cirúrgico: contato com materiais hospitalares, dramatização do corte de cabelo (que é necessário em alguns tipos de cirurgia), curativos e vivência da situação hospitalar através de diversos brinquedos. Sem contar com a importância de deixar um momento para que a criança formule perguntas (Le Roy *et al.*, 2003).

Com base nas técnicas anteriormente pontuadas, os estudos descritos a seguir, foram realizados na tentativa de comprovar a efetividade de tais técnicas.

Melamed e Siegel (1975) pesquisaram dois grupos de crianças entre 4 e 12 anos, hospitalizadas entre 2 e 3 dias para cirurgias eletivas, tais como: hérnia, adenoidectomia e dificuldades no trato uro-genital; no primeiro grupo, as crianças foram preparadas com um filme que contava a história de um garoto hospitalizado para ser submetido à cirurgia, enquanto o grupo controle via um outro tipo de filme. Os autores verificaram que as crianças que viram o filme que as preparava para a cirurgia apresentaram menor ansiedade antes e após a cirurgia. Visintainer e Wolfer (1975) também mencionaram que a preparação foi o procedimento mais eficaz para a redução do stress, quando comparado

a outros procedimentos, tais como a simples presença da mãe. Vale ressaltar que a presença da mãe é necessária, mas esta por si só, sem uma preparação da criança e da própria mãe não contribui com a criança na situação pré-cirúrgica.

Skipper e Leonard (1968) apud Crepaldi e Hackbarth (2002) estudaram 80 crianças entre 3 e 9 anos a serem submetidas a amigdalectomia (A). As crianças cujas mães tiveram atenção especial e oportunidade de discutir seus temores no início da internação, mesmo que por alguns minutos, tiveram resultados mais positivos durante a cirurgia (menor pressão sanguínea) e no pós-operatório (temperaturas médias mais baixas, menos vômitos, aceitaram mais líquidos, voltaram mais rapidamente da anestesia e mostraram menos distúrbios emocionais depois do retorno ao lar).

Litman, Berger e Chhibber (1996) elencam a importância da ansiedade parental e seus efeitos sobre as crianças submetidas a procedimentos médicos, como assunto que tem sido alvo da dedicação da literatura pediátrica. Num estudo realizado pelos autores, com 600 pais de 417 crianças, com idades variando entre 2 meses e 16 anos, chegou-se a resultados apontando, que pais com filhos menores de um ano de idade apresentam alto grau de ansiedade. Por outro lado, observaram que pais de crianças que já haviam sido submetidas a algum procedimento cirúrgico anterior foram menos ansiosos. Este fato aponta para a implicação de que alguma informação anterior sobre procedimentos cirúrgicos tende a reduzir o nível de ansiedade tanto de pais como de crianças.

Ainda no que diz respeito às informações recebidas, Sabatés e Borba (2005) realizaram um estudo, no qual foram entrevistados 50 pais que estavam com seus filhos hospitalizados e 12 enfermeiras que trabalhavam nessas unidades de internação pediátrica. Os resultados evidenciaram que os pais não estavam totalmente satisfeitos com as informações recebidas durante a hospitalização do filho; as informações fornecidas aos pais pelas enfermeiras eram principalmente sobre regras e rotinas, direitos e deveres, motivos dos procedimentos e participação dos pais no cuidado com o filho hospitalizado; os pais solicitam das enfermeiras informações sobre o tempo de hospitalização, evolução da doença, medicação e tratamento do filho.

Méllo e Rodrigues (2008) observaram sentimentos negativos dos acompanhantes ao deixarem suas crianças entrar no centro cirúrgico, inseguros sobre o que poderia acontecer lá dentro, permanecendo com muito medo na sala de espera. Sabe-se que os pais também modelam as respostas das crianças. Quando estes se apresentam ansiosos no pré-

operatório, muitas vezes ocorrem dificuldades na separação pais/filhos, podendo gerar grande nível de stress para ambos (Garcés & Assef, 2004). De acordo com Urieta, Aguirre e Gutiérrez (2005), é de fundamental importância que alguns dias antes da cirurgia se faça uma entrevista com os cuidadores, orientando-os sobre os procedimentos realizados com a criança, para que os mesmos apresentem condições de permanecerem menos ansiosos e temerosos.

Kiyohara *et al.* (2004) também relatam a importância das informações, visto que realizaram um estudo com 149 pacientes, com o objetivo de comparar o grau de ansiedade no dia anterior à cirurgia entre pacientes que têm informação sobre seu diagnóstico, cirurgia e anestesia. Mediram a ansiedade dos mesmos, no dia anterior à cirurgia, e concluíram que o conhecimento sobre a cirurgia a ser realizada pode reduzir o estado de ansiedade. As informações quanto mais específicas, melhor preparam a criança, reduzindo sua ansiedade frente a cirurgia (Edwinson, Arnbjornsson & Ekman, 1988).

Moix (1996) afirma que a transmissão de informação aos pacientes pediátricos é uma das principais técnicas preparatórias. Salienta que em caso de crianças, em muitas ocasiões e dependendo fundamentalmente da idade, o mais adequado é dar a informação aos pais, posto que sejam eles quem melhor podem transmiti-la. Conquanto, afirma que se faz necessário que os pais sejam orientados para saber quais aspectos informar a seus filhos, bem como, a maneira de fazê-lo. A falta de informação frente à enfermidade, tanto na criança como em seus pais, acarreta conseqüências tais como, medo, angústia e depressão em todas as suas expressões, fatores estes que afetam diretamente a recuperação do paciente, como salientam Lapacó, Herran e Navari (1996). Referem ainda que um bom prognóstico dependa em grande parte do compromisso que assumem os pais e a criança por meio da compreensão do diagnóstico, em relação ao processo de saúde-doença. O diagnóstico de uma doença na infância requer não apenas a determinação da natureza da doença, mas também, o acesso às expectativas, crenças e explicações sobre seus sintomas e significados (Bibace & Walsh, 1980; Crepaldi, 1999).

Em que pese a importância de que a criança compreenda, à sua maneira, o que acomete sua saúde, nem sempre é instruída de forma clara sobre o que ocorrerá com ela no hospital. Uma pesquisa realizada com crianças de 5 a 11 anos, hospitalizadas, vítimas de doenças crônicas, mostrou que a criança é informada de forma indireta, quer seja por ouvir conversas do médico com seus pais ou deduzindo as expressões faciais dos adultos (Gabarra & Crepaldi, 2011).

Doca e Costa Junior (2007) salientam a importância da conduta dos profissionais diante das crianças e familiares que, além de afetiva e disponível, a informação antecipada sobre os procedimentos deve ser priorizada, transmitida em trabalho conjunto pela equipe de saúde. Na mesma linha, Pimentel (2001) enfatiza que pais bem informados adotarão um comportamento de segurança e carinho junto ao filho, contribuindo na redução da ansiedade. Ao vivenciar com o filho a condição de hospitalização, reações como o stress, a ansiedade e o medo são potencializadas pelo desconhecimento quanto aos procedimentos cirúrgicos. Neste sentido, a informação é uma intervenção que atenua a ansiedade e o stress possibilitando ao paciente e familiar o esclarecimento dos objetivos e necessidades dos procedimentos, promovendo maior controle sobre a situação estressora (Pimentel, 2001; Bess d'Alcantara, 2008; Machado, Jesus & Filgueiras, 2008).

Informações simples e curtas sobre os procedimentos e o centro cirúrgico contribuem para a redução da ansiedade, medo e problemas suscitados pelo desconhecimento da situação, gerando mais segurança e conforto aos pequenos pacientes (Faleiros, Sadala & Rocha, 2002; Miskowski, 2008; Rossit & Fávere, 2011).

Durante o período de internação, os pacientes passam, frequentemente, por uma situação de grande fragilidade física e emocional, devido às repercussões da doença e à própria rotina de internação (Angerami-Camon *et al.*, 1996). Cada pessoa sentirá tudo isso de uma maneira particular e reagirá de acordo com sua própria percepção e interpretação da situação (Romano, 1999).

Alguns pacientes apresentam resistência para o trabalho psicológico nessas condições de hospitalização, o que se deve, muitas vezes, a uma dificuldade em verbalizar seus sentimentos, angústias e fantasias que lhes são conflitantes. Nesse sentido, Silva, Pinto, Lúcia, Gavião e Quayle (2002) enfatizaram que a utilização do Jogo de Areia poderia constituir-se numa técnica a favorecer a expressão e elaboração destes conteúdos por meio de imagens na caixa-de-areia, proporcionando-lhes um espaço também de expressão não-verbal, facilitando, assim, um contato entre seus aspectos conscientes e inconscientes.

Num estudo realizado por S.C. Silva *et al.* (2002), os autores obtiveram dados que confirmaram a eficácia da utilização do referido instrumento, inclusive, em enfermaria cirúrgica. Conforme as autoras, inserir o Jogo de Areia num contexto de instituição hospitalar, especificamente de enfermaria cirúrgica, permite uma reflexão sobre possibilidades ampliadas e criativas de expressão e relação

psicoterapêutica num ambiente, no qual não é apenas o corpo concreto que pede atenção.

Moix (1996) menciona a importância da modelação como técnica para a preparação de pacientes pediátricos. Nesta técnica, filhos e pais assistem a um vídeo em que se mostra como devem agir corretamente diante de todas as etapas da hospitalização. Deste modo, aprendem por imitação, uma alternativa de como devem atuar nos momentos mais difíceis da hospitalização, tais como internação, dor, separação dos pais entre outros. Gorayeb e Rangé (1987) definem modelação como “uma técnica onde o princípio de aprendizagem vicariante (aprendizagem pela observação da experiência alheia) é utilizado como forma de instalação de um comportamento não reforçado explicitamente. O cliente é exposto a uma situação onde passivamente observa outra pessoa agir” (p.79).

Outra técnica elencada pelo autor diz respeito ao jogo médico, ou dessensibilização sistemática de acordo com os psicoterapeutas comportamentais. Segundo Turner (1999) a dessensibilização é uma intervenção terapêutica desenvolvida para eliminar o comportamento de medo e síndromes de evitação, onde uma resposta de ansiedade ante um estímulo provocador de medo pode ser eliminada ou debilitada, gerando uma resposta contrária à ansiedade. Nesta técnica, utiliza-se material do próprio hospital, tais como máscaras, seringas, e bonecos anatômicos. Neste jogo, a criança manuseia o boneco a ser operado, e assim, ela vai sendo orientada sobre os procedimentos que serão realizados com ela, e desmistifica as idéias errôneas que porventura, ela possa ter.

Segundo Twardosz, Weddle, Borden e Stevens (1986) a utilização dos materiais do próprio hospital ajuda a criança a viver aquela situação como a mais parecida possível com o momento pelo qual irá passar, pois em estudo realizado com 6 crianças, verificaram que esta atividade é mais eficaz para a redução de ansiedade do que as informações transmitidas pelas enfermeiras. Em estudo realizado por Mahajan *et al.* (1998) investigaram-se os efeitos de um programa de preparação psicológica de crianças para a endoscopia. A preparação consistiu em demonstração de materiais que seriam usados, como agulhas e seringas, bem como o uso de uma boneca como modelo. As crianças com este tipo de preparação se mostraram menos ansiosas e mais cooperadoras.

Costa Jr., Coutinho e Ferreira (2006) afirmam que, em todas as faixas etárias, a participação em atividades de recreação que incluíam o recebimento de informações sobre temas médicos aumentou a probabilidade de que o paciente adquira um repertório de comportamentos mais ativo em relação ao ambiente hospitalar. Também

permite que a experiência de hospitalização e tratamento médico possa ser utilizada como oportunidade de ampliação do repertório de comportamentos do paciente, condicionada à disposição do ambiente de cuidados dispensados à criança. Andraus, Minamisava e Munari (2004) salientam que as pessoas que detêm informação sobre situações ou práticas ansiogênicas experimentam um maior sentido de controle cognitivo e mantêm a perturbação emocional em níveis mais baixos.

A visita hospitalar também deve ser incluída nos programas de preparação pré-cirúrgica. Deste modo, a criança tem a possibilidade de conhecer os diversos setores do hospital, conhecendo a sua rotina e se familiarizando com o cotidiano hospitalar. Crepaldi *et al.* (2006) apontam que a visita ao centro cirúrgico também pode ser um recurso na preparação para a cirurgia, além da descrição e informação sobre onde e o que será realizado.

A distração é uma técnica muito utilizada, visto que, não podemos prestar atenção a dois estímulos diferentes ao mesmo tempo. Em que se considere esta evidência, quando há dor, a atenção deve ser dirigida a outra informação diferente, para que a experiência consciente da dor diminua. Deste modo, utilizam-se livros de histórias, contos infantis, atividades verbais, e exercícios de respiração que contribuam para que a criança se atenha a outras atividades diferentes daquelas que lhe são impostas. O relaxamento pode potencializar a distração, e também, pode ser utilizado com técnica por si só (Moix, 1996).

Orientação aos pais é uma técnica que tem papel primordial quando se trata de pacientes pediátricos, porém, não é capaz de solucionar todos os problemas, visto que os pais também têm suas limitações e merecem atenção. Muitas vezes a ansiedade que sentem os filhos é reflexo da ansiedade de seus pais. Deste modo, é importante que os pais estejam conscientes de que a ansiedade dos filhos está em boa parte na dependência de seus comportamentos.

O trabalho com desenhos também é rico, visto que consistem numa linguagem universal e segundo Oaklander (1980) o desenho é um instrumento que permite a expressão simbólica e facilita a comunicação da criança. Através do desenho, a criança pode expressar sentimentos tais como medo, angústias, além de atitudes e fantasias. É uma forma privilegiada de comunicação que vai além da expressão verbal. Soares e Zamberlan (2001) afirmam que a criança, mesmo hospitalizada, deve ter preservado o seu direito de brincar, pois o brinquedo é considerado um veículo para o desenvolvimento social, emocional e intelectual. Este atua como uma das estratégias facilitadoras da adaptação da criança à condição de hospitalização, o que permite que esta expresse seus

sentimentos, e proporciona melhora no repertório de enfrentamento desta condição.

Motta e Enumo (2004) também salientam que o brincar é uma das estratégias utilizadas no hospital tanto com crianças, como com os profissionais para lidarem com as adversidades da hospitalização. Um estudo realizado por Paladino *et al.* (2014) com 30 crianças submetidas a cirurgias ortopédicas, de adenoidectomia e postectomia, destaca a preparação para cirurgia por meio do brincar terapêutico, como sendo eficaz, visto que os comportamentos apresentados pelas crianças antes da cirurgia, demonstraram grande interesse pela brincadeira, participando ativamente ao fazer perguntas e repetir a brincadeira, manuseando os brinquedos hospitalares com desenvoltura.

Segundo Azevedo, Santos, Justino, Miranda e Simpson (2008), a necessidade de brincar não deve ser eliminada quando as crianças adoecem ou são hospitalizadas, uma vez que a brincadeira desempenha papéis importantes, como a capacidade de sentir-se mais segura em um ambiente estranho com pessoas desconhecidas.

Outro estudo que referencia a importância do preparo pré-cirúrgico é o de Magalhães *et al.* (2010), o qual avalia três crianças com idade entre 9 e 14 anos. A avaliação com aplicação de escalas foi realizada em dois momentos que antecediam a realização da cirurgia, pré e pós-preparo psicológico. Os resultados do pré-preparo evidenciaram ocorrência de medo, ansiedade e preocupações. No preparo psicológico os sujeitos puderam experienciar de forma lúdica o procedimento cirúrgico, além de tirarem dúvidas, fazerem questionamentos e desmistificarem crenças relacionadas ao procedimento médico invasivo. Na reavaliação pós-preparo houve diminuição dos sintomas anteriormente apresentados.

Silva e Zakir (2011) avaliaram 20 pacientes em situação de preparo pré-cirúrgico e avaliaram os efeitos da intervenção por nível de cortisol sanguíneo, Inventário de Ansiedade de Beck, comportamento na Unidade de Terapia Intensiva e evolução clínica. Foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o grupo experimental e o grupo-controle em relação ao comportamento menos agitado na Unidade de Terapia Intensiva, nível de cortisol sanguíneo antes da cirurgia, decréscimo no grau de ansiedade e evolução clínica. Concluiu-se que a intervenção parece ter produzido efeito positivo no comportamento e na evolução clínica do paciente.

Em estudo realizado por Gorayeb *et al.* (2009), com 20 crianças de 2 a 6 anos de idade que seriam submetidas a cirurgias eletivas e suas

respectivas mães, divididos em grupo controle (sem intervenção psicológica) e experimental (receberam intervenção psicológica), foi observada redução significativa de ansiedade no grupo experimental após o preparo psicológico.

Os programas de preparação para a cirurgia compõem-se de várias das técnicas contempladas anteriormente, com o intuito de provocar um efeito sobre a criança em situação pré-cirúrgica. Efeito, neste contexto, refere-se aos resultados obtidos, ou, ao produto decorrente de uma causa. Os programas mostram, em geral, que os efeitos ocorridos em pacientes preparados psicologicamente para a cirurgia consistem em sofrer menos com ansiedade, apresentar menos condutas negativas, se comportar de forma mais colaboradora e apresentar menos transtornos psicológicos após receberem a alta. Os pais preparados também apresentam menos ansiedade.

O ambiente hospitalar altera os comportamentos e os sentimentos dos hospitalizados infantis, gerando medo, angústia e insegurança em virtude da incompreensão do que se passa com eles, o que pode deixar marcas permanentes em suas vidas (Rossit & Fávere, 2011). Para que os pais também possam auxiliar a criança no enfrentamento das condições adversas do hospital, o preparo deve ser estendido igualmente a estes (Barros, 2003; Crepaldi & Hackbarth, 2002; Magalhães *et al.*, 2010). Assim, estes programas beneficiam tanto pais e filhos (Mikowski, 2008), como o profissional de saúde que irá trabalhar com pessoas preparadas previamente, e assim, trabalhar num ambiente mais relaxado, conseguindo mais facilmente a recuperação dos pacientes. Além do que, as técnicas propostas são pouco onerosas, não havendo necessidade de nenhum material de alto custo econômico.

Deste modo, os efeitos da hospitalização para a realização de uma cirurgia, podem ser atenuados por procedimentos simples, que incluem estratégias de preparação das crianças antes de sua consecução, o que deve incluir a presença e preparação dos pais. Caso a cirurgia seja de emergência e não haja possibilidade de efetivar a preparação psicológica, é importante intervir de forma semelhante no pós-cirúrgico, retomando as informações sobre o procedimento e esclarecendo sobre o que foi realizado.

Vale ressaltar que cada preparação deve levar em conta as particularidades de cada criança, sua condição de saúde, experiência, inserção familiar e sociocultural, além de sua familiaridade com o ambiente, pessoal e procedimentos hospitalares, tendo em vista que cada criança é singular e pode fazer uso de suas estratégias de enfrentamento frente à situação que lhe é imposta.

Pensando na forma como a criança vive esta experiência, e como esta a influencia, considera-se importante avaliar também, como as crianças lembram destas experiências ocorridas e como estas memórias sobre a hospitalização e cirurgia podem afetar o seu desenvolvimento.

3.4 O ESTUDO DAS MEMÓRIAS PÓS-CIRÚRGICAS

Até recentemente, recém-nascidos que necessitassem de cirurgias não eram sequer anestesiados ou, tampouco, recebiam analgesia pós-operatória. A crença de que esses pacientes não sentiam dor era bastante comum. Felizmente, as justificativas anteriormente apresentadas, tais como imaturidade do sistema nervoso central (especialmente a falta de mielinização), ausência de memória para a dor e a falta de pesquisas acerca do tema, não mais se fundamentam, segundo Anand, McGrath, Schechter e Levetown (2000). Hoje existem inúmeros trabalhos provando que até mesmo o recém-nascido pré-termo (RNPT) já possui o substrato neurofisiológico desenvolvido para captar o estímulo doloroso. Dessa forma, o tema em questão ganhou importância, adotando-se em alguns hospitais a inclusão da dor como quinto sinal vital, até mesmo na área pediátrica.

Consoante Linhares e Doca (2010) dor é um fenômeno multidimensional influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. É uma experiência subjetiva, mas pode ser mensurada por meio de auto/heterorrelato e sinais objetivos de alteração fisiológica e comportamental. Evidências científicas revelam a existência de instrumentos validados para avaliação da dor em crianças, em diferentes etapas do desenvolvimento e contextos clínicos.

Sapolsnik *et al.* (2007) relatam que a lembrança da dor e da situação traumática é trazida à tona pela existência de memória. A memória pode ser definida como a habilidade de recordar ou reconhecer experiências anteriores. Os dois subtipos mais estudados em humanos são memória implícita (inconsciente, a qual não pode ser descrita em palavras) e explícita (consciente e que pode ser descrita). A memória implícita é aquela sobre a qual os indivíduos conseguem demonstrar conhecimento ou habilidade, mas não podem resgatar explicitamente as informações. Em crianças com menos de um ano, por exemplo, a memória para eventos dolorosos pode ser expressa através de mudanças no comportamento. Não é raro observá-las mais vigilantes na presença de profissionais de saúde usando jaleco, por exemplo. Já a memória explícita é aquela com a qual os indivíduos conseguem encontrar determinado objeto e indicar a consciência de que este é o correto.

Portanto, os recém-nascidos possuem capacidade neurológica para perceber a dor, mesmo os neonatos prematuros.

Em estudo realizado por Anand *et. al.* (2000) a memória analisada foi a explícita. As áreas relacionadas a este tipo de memória são hipocampo, amígdala, córtex entorrinal, córtex para-hipocampal e córtex perirrinal. Estas regiões sofrem importantes modificações estruturais durante o segundo ano de vida, sendo a mais importante o aumento da conectividade entre estas estruturas. Este é o substrato neural para funções precoces de execução durante o primeiro ano de vida, como algum controle de impulsos, metas dirigidas a certos comportamentos e habilidades para manter a representação de um evento passado na “memória em ação”, e que permitem a antecipação de um evento seguinte. Massako (2002) pontua que as conexões amplas do córtex pré-frontal implicam em posterior envolvimento nas respostas neurovegetativas e emocionais.

A criança, gradualmente, torna-se capaz de expressar verbalmente fatos ocorridos no passado, na medida em que seu substrato neurofisiológico se desenvolve. Dessa forma, progressivamente, adquire maior conhecimento acerca do ambiente físico e social, maior capacidade de expressar este conhecimento por meio de palavras, melhor uso da memória e seus recursos (memória de trabalho, por exemplo). Essas características influenciam a maneira como a criança armazena as informações, que pode manter-se precisa mesmo com o passar do tempo e após muitas abordagens (Dahlquist, 1989). Entretanto, as crianças mais novas são suscetíveis a distorcer a memória. Segundo Von Baeyer (2004), a memória não é como um gravador, ela é construída e reconstruída.

Assim, a criança pode acrescentar fatos que não ocorreram num evento anterior e manter esta falsa informação. O fato não ocorrido é prontamente incorporado ao evento doloroso vivenciado e mantido. Além disso, características individuais, como idade, ansiedade, temperamento, resposta à dor vivenciada e experiência dolorosa prévia, interferem na memória.

Devido ao próprio desenvolvimento cognitivo, sabe-se que quanto mais idade tem a criança, melhor é a qualidade das informações obtidas acerca de um evento ocorrido. Entretanto, Von Baeyer (2004) acrescenta: “até mesmo bebês de seis meses de idade mostram evidências de memória declarativa, ainda que num curto período de tempo” (p.151).

Aqui no Brasil, um foco de excelência na pesquisa de Falsas Memórias é a equipe coordenada pela psicóloga Lilian Milnitsky Stein,

no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-RS. Ph. D em Psicologia Cognitiva, Lilian desenvolve pesquisas sobre Falsas Memórias utilizando como referencial uma teoria alternativa ao construtivismo apresentado, a Teoria do Traço Difuso, proposta por Brainerd e Reyna (2005). Nesta teoria, existem dois sistemas independentes de memória, a memória da essência e a memória literal, que poderiam estar dissociadas quanto à recuperação da informação. Lilian também é pioneira na pesquisa da Entrevista Cognitiva (EC), uma ferramenta forense que busca maximizar a quantidade e a qualidade das informações obtidas em depoimentos testemunhais, reduzindo a probabilidade de falsas memórias. Segundo a pesquisadora, o novo livro dos proponentes da Teoria do Traço Difuso, *The Science of False Memory*², tornou-se rapidamente um *hit*.

Em uma revisão recente, Brainerd, Reyna e Ceci (2008), ressaltaram que as falsas memórias diminuem com a passagem da infância para a adolescência. Por outro lado, com a idade, também aumenta a acurácia da memória. Além disso, em comparação com os adultos, as crianças produzem mais falsas memórias, principalmente quando é longo o período entre a fase de estudo e o teste.

Não obstante, a elucidação da interação falsas memórias e emoção, e como elas ocorrem ainda não foi alcançada, já que resultados incongruentes são encontrados na literatura (Adolphs, Denburg & Tranel, 2001; Santos & Stein, 2006). A dificuldade de manipulação da variável emoção é fator importante para explicar tais resultados (Harris & Paschler, 2006). Faz-se necessário deste modo, compreender o fenômeno das falsas memórias em todas as faixas etárias, pois ele apresenta implicações práticas em áreas clínicas e jurídicas, por exemplo, tanto por meio de sucessivos questionamentos sobre um evento, quanto pela maneira como tais questionamentos são conduzidos (Welter & Feix, 2010).

Crianças com temperamento fácil se adaptam melhor a novas experiências. Já, as chamadas crianças com “temperamento difícil” reagem mais intensamente às novas experiências. O ideal seria que a preparação para procedimentos dolorosos fosse baseada no comportamento de cada paciente (Chen, 2000). O mesmo autor desenvolveu um estudo em que crianças em tratamento oncológico com reação exacerbada à dor foram acompanhadas por um psicólogo. Segundo o autor, seu temperamento foi associado a altos níveis de ansiedade e dor durante a realização de punção lombar. Após

² A Ciência da Falsa Memória.

acompanhamento pelo Serviço de Psicologia, estes índices caíram significativamente. Outro item que interfere na memória da dor é a ansiedade. Pessoas ansiosas, por exemplo, tendem a lembrar mais detalhadamente suas experiências negativas dolorosas do que suas experiências atuais (Dahlquist, 1989). No entanto, a compreensão da interface da emoção com as falsas memórias se faz necessária à medida que apresenta implicações práticas em diversas áreas da ciência da saúde.

Em busca de esclarecer essa questão, alguns autores (Neufeld & Stein, 2001; Pergher, Stein & Wainer, 2005; Wessel, Van der Kooy & Merckelbach, 2000) têm demonstrado que a frequência de memórias intrusivas e o evitar recordações do trauma indicam que pessoas expostas a situações traumáticas tendem a apresentar falhas na memória para o evento. Deste modo, estes achados sustentam o fato de que a memória para eventos emocionalmente intensos, tais como ideação suicida, depressão severa, guerras e cirurgias, é passível de distorção (Klimes-Dougan, 1998; LaBar & Cabeza, 2006).

Esse fato possui implicações clínicas significativas quanto a distorções cognitivas e afetivas (Pergher *et al.*, 2005), uma vez que as sessões terapêuticas giram em torno de experiências emocionalmente significativas vivenciadas pelo paciente. Portanto observa-se a importância do estudo dos mecanismos envolvidos na recuperação de memórias com o intuito de auxiliar o desenvolvimento e aprimoramento de técnicas de entrevista e de intervenção terapêutica que minimizem a ocorrência ou o impacto dos erros da memória. Neufeld, Brust e Stein (2008) realizaram um estudo com o intuito de oferecer um instrumento para investigação de memória, e de falsas memórias. Considerando os resultados obtidos, o procedimento adaptado é efetivo para medir o efeito da emoção na memória e suas distorções, e a emoção parece inocular a memória contra os efeitos da falsificação.

A memória de crianças possui singularidades que a diferencia da memória de adultos. Welter e Feix (2010) referem que desde muito cedo, antes mesmo da aquisição da linguagem, as crianças são capazes de recordar eventos episódicos e após o desenvolvimento da linguagem, conseguem recordar e expressar verbalmente detalhes de suas experiências e eventos, mesmo depois de passado muito tempo.

De acordo com Myers (1999) e Barbosa *et al.* (2010) as crianças costumam ser bastante verdadeiras ao relatar fatos, entretanto, a qualidade da memória não é um “produto cognitivo puro” (Welter & Feix, 2010, p.159), pois sofre as influências do contexto onde a criança é solicitada a lembrar o que ocorreu. Assim, o modo como a criança é

questionada, o ambiente físico e o número de vezes que é indagada sobre um fato ocorrido, representam fatores determinantes para a qualidade de sua memória e relato.

Nesse sentido, a condução de entrevistas com crianças deve incluir a compreensão de aspectos como a sugestibilidade, originada a partir de mecanismos cognitivos e sociais infantis, sobre a memória. Quanto a este aspecto, atenta-se para o fato de que a recordação livre produz menos distorções da memória do que perguntas fechadas. Além disso, a utilização de determinadas técnicas (bonecos, jogos, desenhos, técnicas de visualização) durante uma entrevista com crianças, podem estimular a imaginação e gerar experiências “artificialmente fabricadas” (Welter & Feix, 2010).

Deve-se levar em consideração que as experiências prévias podem atenuar ou exacerbar o medo das crianças no que diz respeito aos cuidados de saúde e procedimentos médicos invasivos. Se por um lado, as experiências positivas anteriores tendem a reduzir os medos das crianças, por outro, experiências prévias negativas tendem a evocar memórias adversas que podem condicionar negativamente as atitudes e os comportamentos da criança face a situações posteriores. Experiências prévias negativas tendem ainda a aumentar a percepção de dor e o medo de procedimentos médicos, podendo contribuir para evitar futuros contatos com o sistema de saúde. De forma semelhante, experiências positivas nos cuidados de saúde têm mostrado estar associadas a atitudes e comportamentos de confiança em contextos de saúde (Fernandes *et al.*, 2014)

Em estudo de Neufeld, Brust e Silva (2011) foi avaliada a suscetibilidade das memórias das crianças à distorção, através das falsas memórias, ou seja, lembranças de fatos que não ocorreram. Os resultados indicaram que a memória não foi imune a distorções e erros, e que as crianças se lembraram falsamente de informações a respeito do material estudado. Na comparação entre faixas etárias permitiu identificar que as crianças em idade escolar produziram menos falsas memórias que aquelas em idade pré-escolar. Assim, as crianças mais velhas foram auxiliadas pela escolaridade na identificação de informações verdadeiras e na rejeição de falsas memórias.

No estudo de Sapolnik *et al.* (2007) questionou-se se experiências dolorosas prévias interferem na resposta a dores subsequentes. Sabe-se atualmente que, mais importante que a quantidade das experiências, é sua qualidade e intensidade. Dahlquist *et al.* (1989) e Bryan (2002) desenvolveram uma pesquisa na qual crianças submetidas a procedimentos estressantes foram classificadas como mais ansiosas e

estressadas que crianças que não consideraram tais procedimentos como estressantes. Além disso, experiências negativas sugerem sensibilizar a criança tornando-a mais estressada futuramente.

Poucos são os estudos que fazem referência às memórias de crianças em relação à experiência com cirurgia. De um modo geral, os estudos (Sapolnik *et al.*, 2007) apontam que há memória de dor em crianças e que esta pode ter consequências sérias no futuro. Avaliar a memória da dor em Pediatria é algo subjetivo, porém viável. O tema em questão vem despertando cada vez mais interesse na classe científica, tentando-se assim minimizar os eventuais vieses. Novos métodos de avaliação são criados, de acordo com a faixa etária pediátrica. Acompanhamento psicológico é indispensável para tais avaliações. A criança em tratamento oncológico já apresenta uma carga de sofrimento oriunda da própria doença e conhecer os efeitos negativos da memória da dor é fundamental, para que este sofrimento adicional não seja acrescentado ao paciente pediátrico e seus familiares.

Partindo do pressuposto de que a criança tem condições de memorizar as situações que lhe acontecem, o presente estudo pretende ampliar esta discussão sobre memórias após a cirurgia, respondendo a eventuais dúvidas sobre a qualidade e a intensidade destas memórias e como as crianças lidam com as mesmas.

4 MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa-qualitativa, que elucidou a experiência das crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica, bem como, avaliou se a preparação pré-cirúrgica pode aliviar a ansiedade e o stress da criança e verificou se tal preparação se constitui num instrumento eficaz para que as crianças possam encarar a cirurgia de forma menos aversiva e ter esta experiência gravada em suas memórias de forma menos ansiogênica.

Por se constituir de uma pesquisa que tem por objetivo fazer uma comparação inter grupos (para amostras pareadas) antes e depois de três programas diferentes de intervenções, além do grupo de controle, definiu-se como uma pesquisa com delineamento experimental. Conforme Kerlinger (1980) um experimento é uma pesquisa, onde se manipulam uma ou mais variáveis independentes e os sujeitos são designados aleatoriamente a grupos experimentais.

Na pesquisa experimental (Rudio, 2002), o pesquisador realiza um experimento, dentro de condições anteriormente definidas, a fim de observar se produz certos efeitos e verificar a relação de causalidade que se estabelece entre variáveis. Esta pesquisa apresentou uma variável independente (VI) com três modalidades: programas de preparação pré-cirúrgica, divididos em um programa constando de apenas informações verbais à criança, um programa que utilizou materiais hospitalares para manuseio da criança, e um programa composto por um vídeo explicativo sobre a cirurgia. Além disso, houve um quarto grupo, chamado de grupo de controle.

Apresentou como variáveis dependentes (VD): o stress, a ansiedade e a memória. Foram controladas variáveis tais como: presença dos pais ou responsável, idade, tipo de cirurgia, experiência prévia com cirurgia inexistente, nível sócio-econômico, e realização da cirurgia pelo SUS (Sistema Único de Saúde), contexto no qual as crianças são internadas no dia anterior à cirurgia, no final da tarde. Estas variáveis foram controladas para garantir a homogeneidade dos grupos, pois foram as mesmas nos quatro grupos, e o controle deu-se por consulta ao prontuário médico de cada paciente, o qual continha informações sobre o mesmo, obtidas na triagem hospitalar.

Possíveis variáveis intervenientes³ nesta pesquisa foram: tempo de espera entre a preparação e a cirurgia (o qual variou de 10 a 14 horas, visto que o horário das cirurgias é o mesmo para todas as crianças, porém, as mesmas fazem a cirurgia uma de cada vez), conduta dos pais, equipe de saúde com suas intervenções e a volta da criança para o mesmo quarto no qual se encontram crianças que ainda passariam pelo procedimento cirúrgico. As possíveis variáveis intervenientes foram registradas.

Para um experimento ser verdadeiro, faz-se necessário uma comparação entre grupos, ou seja, a necessidade de pelo menos dois grupos experimentais. Meltzoff (2001) aponta que uma das possibilidades das pesquisas experimentais é a pesquisa que designa dois tratamentos a dois grupos diferentes. Nesta pesquisa, serão empregados quatro grupos equiparados antes e depois. Segundo Kerlinger (1980), nos experimentos antes e depois com dois grupos, verifica-se o grupo de controle e o grupo experimental antes do estímulo, então se aplica o estímulo no grupo experimental, e se verifica a diferença entre o grupo experimental (estimulado) e o de controle (sem estímulo). O processo será o mesmo nesta pesquisa, diferenciando-se apenas na adição de mais um grupo experimental. Além do grupo de controle, três outros grupos farão parte do experimento.

Observou-se separadamente as variáveis dependentes em seus grupos específicos. Antes das intervenções, as variáveis dependentes stress e ansiedade foram avaliadas por meio de instrumentos específicos, e após o período das intervenções foram verificados os efeitos da variável independente através de uma nova avaliação. Um grupo de controle foi submetido aos mesmos procedimentos de avaliação, antes e depois, porém, sem ser submetido às intervenções, como forma de comparar os grupos e se obter maior controle relativo aos efeitos produzidos pelos grupos experimentais. Após a avaliação da intervenção, ainda foi realizada uma nova avaliação, no entanto, deixando-se passar cerca de quinze dias após a intervenção, para se verificar os efeitos da intervenção sobre as memórias dos sujeitos.

O *design* experimental da presente pesquisa, pode ser ilustrado da seguinte forma:

³ A variável interveniente é aquela que, numa sequência causal, se coloca entre a variável independente e a dependente, tendo como função ampliar, diminuir ou anular a influência da variável independente sobre a dependente (Lakatos & Marconi, 1991).

Tabela 1

Design experimental da pesquisa

GRUPOS	PRÉ-TESTE	TRATAMENTO	PÓS-TESTE	MEMÓRIA
G1	O1	X1	O2	O3
G2	O1	X2	O2	O3
G3	O1	X3	O2	O3
G4	O1	-	O2	O3

Sendo que:

G1: Grupo experimental que recebeu informações verbais.

G2: Grupo experimental que constou de materiais hospitalares para manuseio da criança.

G3: Grupo experimental que constou de um vídeo explicativo.

G4: Grupo de controle.

O1: Aplicação do teste de stress e ansiedade anteriormente à aplicação do programa.

O2: Aplicação do teste de stress e ansiedade posteriormente à aplicação do programa, e no G4, será apenas a reaplicação dos testes.

O3: Avaliação das memórias sobre a cirurgia após a aplicação do programa.

X1: Programa de preparação pré-cirúrgica I.

X2: Programa de preparação pré-cirúrgica II.

X3: Programa de preparação pré-cirúrgica III.

Três tipos diferentes de preparação pré-cirúrgica foram aplicados em três grupos diferentes de crianças em situação pré-cirúrgica, sendo que os grupos foram submetidos a pré e pós-teste com o intuito de avaliar a ansiedade e o stress, antes e depois da preparação psicológica pré-cirúrgica, para verificar qual o efeito da mesma em crianças submetidas a cirurgias eletivas, bem como, avaliar as memórias sobre a cirurgia após a preparação.

4.2 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 80 crianças variando entre 6 e 12 anos, acompanhadas por sua mãe, pai ou responsável, divididas em quatro grupos, sendo 20 crianças em cada grupo. Para efeitos de pesquisa, na coleta e análise de dados, só foram incluídas, aquelas compatíveis com os seguintes critérios de inclusão:

- Estar em situação de hospitalização devido a distúrbios orgânicos.

- Ter bom prognóstico.
- Não ter graves comprometimentos.
- Estar passando por seu primeiro procedimento cirúrgico.
- Não correr risco de morte.

As crianças foram submetidas a cirurgias eletivas, programadas, consideradas de pequeno porte. Estas cirurgias são consideradas simples, posto que a criança é internada no dia anterior à cirurgia, no período da noite, ou até mesmo no mesmo dia da cirurgia, no período que a antecede. Após a realização da cirurgia, as crianças permanecem no hospital até se recuperarem da anestesia, e retornam para casa no mesmo dia, caso não haja complicações. As cirurgias eletivas deste estudo são: adenoidectomia, amigdalectomia, hérnia inguinal, hérnia umbilical e postectomia.

A adenoidectomia (AD) consiste na retirada por meio do procedimento cirúrgico de uma excrescência linfática que se desenvolve no segmento nasal da faringe. A amigdalectomia (A) consiste numa cirurgia para extirpação das amígdalas, e a hérnia consiste numa profusão de estrutura orgânica envolta em tecido cutâneo e muscular instalada na cavidade corporal, a qual será retirada por meio do procedimento cirúrgico. A hérnia inguinal (HI) envolve a parede abdominal entre a artéria epigástrica profunda e a borda do músculo reto, ou envolve o anel inguinal interno passando no canal inguinal. A hérnia umbilical (HU) é aquela em que o intestino ou o omento faz saliência através da parede abdominal por baixo da pele, ao nível do umbigo. A postectomia (P) caracteriza-se pela retirada de uma pele que envolve o pênis.

Em termos de consequências pós-operatórias, as cirurgias de hérnia tendem a ser um pouco mais delicadas e requerem mais tempo para recuperação, principalmente a hérnia umbilical.

Seguem abaixo as tabelas (de 2 a 7) com os dados de identificação e caracterização das crianças participantes desta pesquisa.

Tabela 2

Número de crianças por faixa etária divididas nos Grupos G1, G2, G3 e G4

Idades	G1	G2	G3	G4	Total
6-8	10	15	11	13	45
9-10	5	3	5	5	23
11-12	5	2	4	2	12
Total	20	20	20	20	80

De acordo com a Tabela 2 os grupos estão parecidos, segundo a faixa etária. Observou-se maior frequência de crianças entre 6 e 10 anos, faixa etária esta em que é mais comum a realização de cirurgias eletivas elucidadas neste estudo.

Tabela 3

Número de crianças por gênero divididas nos Grupos G1, G2, G3 e G4

Sexo	G1	G2	G3	G4	Total
Feminino	10	10	10	10	40
Masculino	10	10	10	10	40
Total	20	20	20	20	80

A Tabela 3 mostra que os grupos estão divididos de igual forma, num total de 10 meninas e 10 meninos em cada grupo.

Tabela 4

Frequência de tipos de cirurgia divididos nos Grupos G1, G2, G3 e G4

Tipo de cirurgia	G1	G2	G3	G4	Total
Hérnia Inguinal	4	6	5	7	22
Hérnia Umbilical	-	2	1	1	4
Postectomia	2	4	4	-	9
Amigdalectomia (A)	3	2	2	-	8
Adenoidectomia (AD)	5	3	4	4	16
A+ AD	6	3	4	8	21
Total	20	20	20	20	80

De acordo com a Tabela 4, a maioria das cirurgias realizadas consiste na junção de dois procedimentos cirúrgicos, a amigdalectomia e a adenoidectomia (A+AD), e esta junção é o tipo de procedimento que mais ocorre nos quatro grupos.

Ademais, percebe-se que a adenoidectomia e a cirurgia de hérnia inguinal são as cirurgias mais realizadas nos grupos, variando de 6 a 8 procedimentos nos grupos. As demais cirurgias ocorrem em menor número, mas com frequências similares entre os grupos.

Tabela 5

Frequência de renda aproximada dividida nos Grupos G1, G2, G3 e G4

Renda aproximada	G1	G2	G3	G4	Total
Abaixo de 1.000,00	3	-	3	1	7
De 1.000,00 a 1.500,00	4	3	5	4	16
De 1.501,00 a 2.000,00	5	2	5	10	22
Acima de 2.001,00	5	6	6	3	20
Acima de 3.000,00	3	9	1	2	15
Total	20	20	20	20	80

A tabela acima mostra que a maioria das crianças participantes, pertence a famílias que possuem rendas variando entre R\$ 1.501,00 e R\$ 3.000,00, similarmente divididas entre os grupos G1, G2, G3 e G4.

Conforme observado na Tabela 5, nota-se que rendas abaixo de R\$ 1.000,00 foram pouco frequentes, e todas as crianças foram internadas e realizaram a cirurgia pelo SUS. Rendas acima de R\$3.000,00 também ocorreram com média frequência.

Tabela 6

Frequência do nível de escolaridade das crianças, divididas nos Grupos G1, G2, G3 e G4

Escolaridade	G1	G2	G3	G4	Total
Pré-Escolar	2	-	3	2	6
1º a 2º Ano	3	11	5	7	27
3º a 4º Ano	9	5	8	9	31
5º a 6º Ano	4	3	4	1	12
7º Ano	2	1	-	1	4
Total	20	20	20	20	80

Pode-se observar por meio da Tabela 6, que a maioria das crianças estava cursando entre o 1º e o 4º Ano do Ensino Fundamental,

critério este considerado importante, pois para preencher a ESI e o IDATE-C, as crianças deveriam ter condições para leitura. Vale ressaltar que é nesta faixa etária em que ocorre a maior parte dessas cirurgias.

Com menor frequência, pôde-se notar a existência de crianças frequentando o pré-escolar, visto que a maioria dessas crianças não apresentam boa leitura e para tanto, necessitam da ajuda do pesquisador. Poucas crianças frequentavam o 7º Ano do Ensino Fundamental, e é na faixa etária das crianças destas turmas, que se dá o menor número de cirurgias contempladas neste estudo.

Tabela 7

Frequência de ocorrência de acompanhantes das crianças divididos nos Grupos G1, G2, G3 e G4

Acompanhante	G1	G2	G3	G4	Total
Avó	4	-	1	2	7
Avô	-	-	-	2	2
Mãe	13	19	18	15	65
Pai	2	1	-	-	3
Madrasta	-	-	-	1	1
Irmã	1	-	-	-	1
Tio	-	-	1	-	1
Total	20	20	20	20	80

Nota-se na Tabela 7 que a maioria das crianças estava acompanhada de suas mães, em todos os grupos. Poucos foram os casos de crianças acompanhadas por seus pais, avós ou com outro grau de parentesco.

4.3 CONTEXTO DA PESQUISA

A presente pesquisa realizou-se num hospital infantil da região do Vale do Itajaí, o qual tem por atividade a prestação de serviços gerais, clínicos e cirúrgicos, em prol da saúde do público infantil que necessita de atendimento médico-hospitalar, residente na região ou demais localidades, atendendo a quem esteja precisando de seus serviços.

O hospital de pequeno porte, consta de 71 leitos, 1 centro cirúrgico, UTI com 8 leitos, 42 médicos e estagiários de Psicologia, Enfermagem, Medicina, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Farmácia. É destinado à clientela usuária do SUS e em sua maioria, admite crianças com quadros clínicos diversos, desde que não se configurem como casos graves, os quais são encaminhados para os hospitais próximos da região.

Permite a presença de um acompanhante que pernoite em cadeiras de plástico.

4.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS

Para a coleta de dados foram utilizados:

- Escala de Stress Infantil (ESI);
- Inventário de Ansiedade Traço-Estado para crianças (IDATE – C);
- Entrevista semi-estruturada com o acompanhante antes e após a intervenção;
- Entrevista com a criança após a cirurgia;
- Kit de preparação pré-cirúrgica, constando de materiais hospitalares, tais como, estetoscópio, máscara cirúrgica, pijama hospitalar do médico e da criança, frasco de soro com equipo, propé, algodão, esparadrapo, luva, seringa e um boneco cirúrgico, o qual acompanha materiais hospitalares infantis, tais como, estetoscópio, luva, máscara, propé, pijama, tesoura, bisturi, termômetro e pá cirúrgica;
- Vídeo explicativo;
- Desenhos.

4.4.1 Escala de Stress Infantil (ESI)

Na literatura internacional encontram-se algumas sugestões de diversos pesquisadores sobre como avaliar o stress. As diferentes possibilidades de avaliação do stress estão relacionadas a diferentes definições e abordagens teóricas da psicologia. As definições e sugestões apresentadas estão ligadas às três principais abordagens, que visam diagnosticar o papel do stress no desenvolvimento de doenças: abordagem ambiental, psicológica e biológica.

Conforme Lipp e Lucarelli (2005) ao fazerem referência ao instrumento que deu origem ao ESI – Escala de Stress Infantil, pontuam que o stress infantil assemelha-se ao do adulto em vários aspectos, podendo gerar sérias consequências, no caso de ser excessivo. A reação da criança frente a eventos excitantes, irritantes, felizes, amedrontadores, ou seja, que exijam adaptação por parte dela, inclui mudanças psicológicas, físicas e químicas no seu organismo.

A ESI surgiu do interesse em validar o Inventário de Sintomas de Stress Infantil (ISS-I) anteriormente elaborado por Marilda Lipp e Belkiss Romano em 1987, tendo por objetivo a sua aplicabilidade nas

diferentes áreas de atuação do psicólogo e por estar sendo, amplamente utilizada em pesquisas nesta área. As diversas alterações sofridas pelo instrumento original, a partir dos resultados apresentados por Lucarelli (1997), em sua Dissertação de Mestrado, sugeriram que sua versão final fosse considerada um novo instrumento, o qual foi denominado Escala de Stress Infantil – ESI (Lipp & Lucarelli, 2005).

Devido à carência de instrumentos que auxiliem no diagnóstico do stress infantil e ao aumento de interesse dos pesquisadores em estudar o stress em crianças, surgiu o interesse pela elaboração desta escala. A escala consta de 35 itens que buscam representar situações com potencialidades reconhecidas para evocar a manifestação das reações físicas e psicológicas do stress infantil, bem como, as reações psicológicas com componente depressivo e reações psicofisiológicas. São 9 itens para avaliar as reações físicas, 9 itens para as reações psicológicas, 9 itens para as reações psicológicas com componente depressivo e 8 itens para as reações psicofisiológicas. As respostas aos itens são dadas por meio de uma escala Likert de cinco (5) pontos. O *Alpha de Cronbach* do instrumento foi 0,90.

Juntamente com a folha de resposta, o teste consta de uma folha de apuração, na qual se preenche o valor obtido para cada tipo de reação. A apuração das respostas é feita por meio da contagem de pontos atribuídos a cada item. Cada quarto de círculo equivale a um ponto.

As respostas das crianças foram transcritas num círculo dividido em quatro partes, e para cada item lido, a criança deveria deixar o círculo em branco, caso sua resposta fosse “nunca”, deveria pintar uma parte, caso sua resposta fosse “um pouco”, deveria pintar duas partes, caso sua resposta fosse “às vezes”, deveria pintar três partes, caso sua resposta fosse “quase sempre” e deveria pintar todas as partes, caso sua resposta fosse “sempre”.

Para aumentar a motivação foi importante que as crianças escolhessem a cor do lápis que queriam trabalhar. A escala foi projetada para ser aplicada individualmente ou em grupo, e não tem limite de tempo. Para a aplicação em crianças não alfabetizadas ou com dificuldade na leitura, o aplicador deve fazer a leitura das instruções e de cada item, aguardando que a criança responda. As aplicações devem ser feitas em salas bem arejadas e iluminadas, sem ruídos externos e devem ser evitadas as interrupções durante a aplicação. No entanto, no caso desta pesquisa, como o local de aplicação foi o hospital, nem sempre estas condições foram possíveis.

Na presente pesquisa, fez-se uso da escala, a qual foi aplicada de forma individual, e teve por objetivo verificar o stress do paciente infantil pré-cirúrgico, em dois momentos: num primeiro momento referente ao período que antecede a cirurgia, logo após a entrada da criança no hospital, e num segundo momento, logo após a criança passar por um programa de preparação psicológica pré-cirúrgica, como forma de comparar o stress antes e depois da aplicação de três programas distintos de preparação pré-cirúrgica, e do grupo de controle, o qual não recebeu nenhuma intervenção.

A escala não se encontra em anexo por ser de uso exclusivo do psicólogo, portanto, não pode ser divulgada.

4.4.2 Inventário de Ansiedade Traço-Estado para crianças (IDATE – C)

O inventário constitui-se de duas escalas do tipo auto-avaliação, que visavam medir dois conceitos de ansiedade: traço e estado (foi elaborado por Spielberger em 1970, e adaptado para uso no Brasil por Biaggio & Spielberger, em 1983). A escala de ansiedade-estado indicava como a criança se sentia em um determinado momento de tempo, medindo estados transitórios de sentimentos subjetivos, conscientemente percebidos de apreensão, tensão e preocupação que variaram em intensidade. A escala de ansiedade-traço avaliava como a criança geralmente se sentia, medindo diferenças individuais relativamente estáveis em suscetibilidade à ansiedade. As respostas para essa escala são: quase nunca, às vezes e muitas vezes. Cada escala foi composta por 20 itens e cada item constituído por três afirmações que representavam diferentes intensidades dos sintomas. O *Alpha de Cronbach* do instrumento foi 0,88 para Escala Estado e 0,82 para Escala Traço.

Neste estudo, utilizaram-se cópias do caderno de resposta, com a autorização da Editora Cepa, visto que o mesmo estava em falta, e não havia previsão de reposição em estoque. Deste modo, para que fosse possível dar continuidade à pesquisa, foi autorizado o uso de cópias.

A escala não se encontra em anexo por ser de uso exclusivo do psicólogo, portanto, não pode ser divulgada.

4.4.3 Entrevista com a mãe

A entrevista conforme Ghiglione e Matalon (1993) “é um encontro interpessoal que se desenrola num contexto e numa situação

social determinados, implicando a presença de um profissional e um leigo” (p. 71). Nesse sentido, a entrevista de estudo não se dispõe a trazer consequências para o comportamento dos indivíduos e nem tampouco os entrevistados esperam quaisquer benefícios pessoais por intermédio da mesma.

Quanto à escolha de um modelo semi-estruturado, optou-se por se tratar de questões abertas e que possibilitassem o livre discurso dentro dos temas sugeridos. Além disso, Flick (2004) afirma que o uso de tal técnica pressupõe que o entrevistado possua conhecimentos sobre o tema. A entrevista transforma-se então em um diálogo entre o entrevistado e o entrevistador, sendo que a postura explicitada pelo entrevistado pode ser melhor desenvolvida conforme o entrevistador considerar pertinente.

Nesta pesquisa, a entrevista foi utilizada com as mães das crianças, ou com seu responsável em dois momentos, e com a criança num último momento após a cirurgia. Num primeiro momento, em situação pré-cirúrgica, no dia anterior à cirurgia, dia este em que foi realizada a preparação pré-cirúrgica, e antes desta. Num segundo momento, após a preparação pré-cirúrgica, porém, no dia em que ocorreu a cirurgia.

A primeira entrevista (Apêndice 1) foi realizada no dia anterior à cirurgia e foi constituída de questões com o objetivo de saber sobre as informações dadas pelas mães a seus filhos sobre a cirurgia, no que diz respeito a:

1. Motivo pelo qual a criança teve que ir ao hospital.
2. O que iria acontecer com a criança no hospital.
3. Como é a cirurgia.

Vale ressaltar que esta entrevista foi realizada com a mãe, pai, ou cuidador da criança na situação de hospitalização, no entanto, no decorrer desta pesquisa, esta entrevista intitular-se-á como “*entrevista com a mãe*”, por ser esta quem normalmente fica com seus filhos durante o processo pré-cirúrgico.

A segunda entrevista foi realizada no mesmo dia da cirurgia, ou seja, no dia posterior à realização da preparação pré-cirúrgica, e constituiu-se de questões com o objetivo de saber sobre as reações da criança após a preparação pré-cirúrgica, e nos momentos antes da cirurgia. Vale ressaltar que as mães não receberam instrução para observar as reações das crianças, e nem foram avisadas sobre a

realização desta previamente, deixando-as livres para que respondessem às questões espontaneamente (Apêndice 2).

A entrevista com a criança, foi realizada cerca de quinze dias depois do procedimento cirúrgico, e consta de questões com o objetivo de saber sobre as memórias das crianças sobre a hospitalização e o procedimento cirúrgico, as reações da criança após a cirurgia, como ela acordou e o que disse para sua mãe, bem como, sanar eventuais dúvidas que possam ter ocorrido (Apêndice 3).

No entanto, ressalta-se que não necessariamente foi seguida uma ordem rígida na formulação das questões. As entrevistas foram breves, com poucas questões, a fim de se ter uma compreensão dos comportamentos da criança em relação à cirurgia, em três momentos, o momento da internação, e os momentos antes e depois da cirurgia. A primeira entrevista, além de ter questões dirigidas à mãe, constou de uma questão com dados de identificação de cada participante, bem como, informações sobre a criança hospitalizada.

4.4.4 Kit de preparação pré-cirúrgica

Este kit de preparação pré-cirúrgica consta de materiais hospitalares, tais como, estetoscópio, máscara cirúrgica, pijama hospitalar do médico e da criança, frasco de soro com equipo, propé, algodão, esparadrapo, luva e seringa. O kit consta também de um boneco cirúrgico, o qual acompanha materiais hospitalares infantis, tais como, estetoscópio, luva, máscara, propé, pijama, tesoura, bisturi, termômetro e pá.

Tal kit foi elaborado pela pesquisadora, a fim de que possa efetivar a realização de um dos programas de preparação pré-cirúrgica que foi utilizado nesta pesquisa. O programa consistiu em trabalhar com as crianças as informações sobre a cirurgia, através de materiais hospitalares, chamados de sucata hospitalar (Crepaldi *et al.*, 2006), os quais foram manuseados e utilizados pelas crianças, de forma individual, para torná-las mais próximas da realidade a que foram submetidas. O uso do boneco permitiu às crianças manuseá-lo, de forma que elas fizeram com o boneco, aquilo que foi feito com elas próprias.

O outro programa a ser utilizado nesta pesquisa consiste em apenas fornecer às crianças informações verbais sobre o procedimento a que foram submetidas, sem nenhum material auxiliar.

4.4.5 Vídeo Explicativo

Este recurso áudio-visual em forma de desenho animado foi elaborado para uso exclusivo deste trabalho. Foi elaborado um protocolo para a confecção do vídeo, de modo que um especialista nesta área elaborou-o com maior fidedignidade possível. Com o vídeo pronto, o mesmo foi submetido à avaliação de dois juízes experientes na área, que avaliaram se o vídeo estava de acordo com os objetivos propostos, com o intuito de se obter um cálculo de acordo. A equação utilizada para calcular a concordância foi emprestada do método observacional. Este método é utilizado por Danna e Matos (1996).

Utilizou-se o cálculo de acordo obtido através da fórmula:

$$\frac{\Sigma A}{\Sigma A + \Sigma D} \times 100$$

A = Acordo

D = Desacordo

Como resultado do cálculo obteve-se o equivalente a 82,5% de acordos. Este resultado indica que há confiabilidade na transmissão de informações do vídeo elaborado (Apêndice 4).

Ainda no que diz respeito ao cálculo de acordo, realizou-se uma análise de concordância, na qual, antes de ser assistido pelas crianças no hospital, o vídeo foi transmitido a 10 crianças com idade igual a dos participantes para que elas avaliassem se o vídeo seria uma forma adequada de preparação para a cirurgia. Como resultado deste cálculo obteve-se 100% de concordância, utilizando-se da mesma fórmula acima citada (Apêndice 5).

Para ilustrar, algumas das respostas para as perguntas foram: *Eu acho que as crianças que precisam de cirurgia iriam gostar desse vídeo, porque elas iam ver o gurizinho fazer a cirurgia e iam se acalmar sem ter medo de nada* (Menino, 8 anos); *Se tiverem medo vai ser muito bom pra se acalmar* (Menino, 10 anos); *A não ser que a criança esteja muito nervosa e nem consiga prestar a atenção, mas quem estiver prestando atenção vai gostar* (Menino, 12 anos); *Explica de forma reduzida e simples, mas acredito que ajuda* (Menina, 12 anos); *Porque explica o que vai acontecer e vê que não tem nada demais* (Menina, 7 anos); *Nunca tinha pensado nessas coisas e agora pensei* (Menina, 8 anos).

A confecção do vídeo foi planejada em quatro etapas: 1) formulação de critérios; 2) objetivo; 3) roteiro e 4) desenvolvimento do

vídeo. Os critérios estabelecidos foram: população alvo (crianças de 6 a 12 anos), duração do vídeo (aproximadamente 3 minutos), imagens (uso de animações e figuras), informações técnicas sobre a cirurgia, linguagem (tipo de informação e modo de informar), e conteúdo (quantidade e qualidade da informação).

As informações concedidas à criança no vídeo foram obtidas no próprio hospital em que foi realizada a pesquisa, a fim de manter a veracidade das mesmas. O produto final da produção do recurso áudio-visual teve como objetivo a apresentação da informação sobre o procedimento cirúrgico em geral, visto que nesta pesquisa foram estudados quatro tipos de cirurgias diferentes.

4.4.6 Desenhos para evocar memórias

Este procedimento é um recurso técnico que conquistou, ao longo de 30 anos de existência, um lugar de destaque como instrumento de trabalho do psicólogo clínico (Trinca, 2003), tendo em vista que o desenho e as histórias são uma linguagem universal apreciados pelas crianças e que independem da idade, gênero, classe social ou nível cognitivo. Assim, optou-se em utilizá-los como instrumento para a coleta de dados desta pesquisa.

Os desenhos também podem ser um meio de investigação das dificuldades que a criança tem em comunicar-se verbalmente e pode-se compará-lo, no que se refere a ser um meio de expressão, a massas de modelar, marionetes e brinquedos. Segundo França (2001) o desenho é um importante veículo de projeção da personalidade, possibilitando ao sujeito a expressão de aspectos para ele desconhecidos, ou por não querer, ou, ainda não poder revelar.

A utilização do desenho como instrumento de coleta de dados na pesquisa em Psicologia pressupõe que se considere forma, traços, escolha e uso das cores como elementos que possam contemplar a análise de conteúdo veiculado (Fávero & Salim, 1995). Acrescentar-se-ia a estes aspectos o conteúdo verbalizado sobre o desenho, através de histórias contadas sobre o mesmo ou comentários feitos pela criança enquanto envolvida com a atividade de desenhar.

Este momento teve como objetivo a obtenção de desenhos, os quais possibilitaram a análise do traçado e dos conteúdos expressados através do desenho. Foi também um momento em que as crianças, puderam de certa forma, por meio desta técnica, falar e refletir sobre sua própria criação e seus sentimentos em relação a fantasias relacionadas ao contexto hospitalar, bem como ao processo pelo qual passaram.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após a autorização do hospital, a pesquisadora teve acesso livre ao mesmo, bem como, ao mapa cirúrgico da instituição em questão, ou seja, à programação das cirurgias, em forma de tabela, na qual constam nome e idade do paciente, tipo de cirurgia e convênio pelo qual é realizada. Assim, as cirurgias com data e horário marcados indicaram à pesquisadora os períodos e horários em que deveria estar no hospital. A realização da coleta se deu com a participação de dois pesquisadores, e para tanto, cada um se responsabilizou por metade dos participantes da pesquisa.

Antes da coleta de dados, o responsável pela instituição oficializou uma autorização, para a realização da pesquisa no local, por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 6).

A coleta de dados foi realizada em três etapas, uma antes da preparação pré-cirúrgica, outra após a aplicação do programa de preparação pré-cirúrgica, e ainda outra, após a realização da cirurgia, cerca de uns quinze dias após esta. Este período foi escolhido de acordo com orientação médica, e baseou-se no fato de que a internação é curta, e para isso, quinze dias seria o tempo ideal para que a experiência não estivesse vívida, mas também, não estivesse prejudicada.

A coleta de dados foi organizada de acordo com as etapas demonstradas no quadro abaixo. Essas etapas serão melhores especificadas subsequentemente.

ETAPA	PROCEDIMENTO
1	Contato com a Instituição
2	Submissão ao Comitê de Ética da Instituição
3	Assinatura dos Termos de Consentimento pela mãe e pela criança
4	Entrevista com a mãe, no dia anterior a cirurgia
5	Aplicação dos instrumentos antes da preparação, no dia anterior a cirurgia
6	Preparação psicológica para os grupos que a receberam
7	Entrevista com a mãe após a preparação, no dia da cirurgia
8	Reaplicação dos instrumentos, no dia da cirurgia
9	Entrevista com a criança 15 dias após a cirurgia
10	Desenho para evocar memórias 15 dias após a cirurgia

Figura 1. Etapas do procedimento de coleta de dados

A explanação do procedimento, com suas respectivas atividades, segue abaixo.

4.5.1 Primeira etapa – antes da preparação pré-cirúrgica

a) Rapport: Trata-se de uma interação prévia com a criança e com sua mãe para o estabelecimento de uma relação de confiança com a pesquisadora. Conforme Ocampo (1979) rapport é o contato inicial que se faz com a criança por ocasião do atendimento clínico, que pode ser utilizado em outras situações como a de pesquisa com crianças. Neste momento as crianças fizeram seu primeiro contato com a pesquisadora e foram convidadas a participar da pesquisa, visto que foi explicado o estudo tanto para a criança como para o acompanhante. Mediante a demonstração de interesse de ambos em participar, foi pedido ao responsável e à criança para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 7 e 8).

b) Entrevista com a mãe: Neste momento, enquanto as crianças permaneceram no quarto, as mães foram convidadas a responder uma breve entrevista, numa outra sala, para que pudessem contar à pesquisadora sobre as informações dadas a seus filhos.

c) Depois de feito o rapport e a entrevista com a mãe, as 10 primeiras crianças de cada grupo, preencheram a Escala de Stress Infantil;

d) Após o preenchimento da ESI, as outras 10 crianças de cada grupo preencheram ainda o IDATE – C. O procedimento inverso se deu com as outras 10 crianças de cada grupo, que primeiramente preencheram o IDATE-C e depois preencheram a ESI.

e) Preparação psicológica pré-cirúrgica: Neste momento, as crianças foram divididas em quatro grupos, alternando-se os grupos à medida que as cirurgias foram acontecendo.

1º grupo: 20 crianças, as quais receberam informações verbais, individualmente, sobre o tipo de cirurgia que realizariam, após ter passado por todas as etapas citadas anteriormente. As informações consistiram em contar para a criança as etapas pelas quais ela passaria em sua intervenção cirúrgica, incluindo anestesia (cheirinho), tubo de respiração, curativo e retorno ao quarto. Este procedimento ocorreu em no máximo 30 minutos (Apêndice 9).

2º grupo: 20 crianças, as quais foram submetidas a um programa de preparação pré-cirúrgica, individualmente, elaborado pela pesquisadora. Através de materiais hospitalares, a criança pode manusear e utilizá-los, para torná-la mais próxima da realidade a que

seria submetida. Deste modo, as informações foram dadas à criança na medida em que ela brincava com o boneco. Este programa também foi aplicado após todas as etapas citadas anteriormente, e também teve duração de no máximo 30 minutos (Apêndice 10).

3º grupo: 20 crianças assistiram a um vídeo explicativo sobre a cirurgia, bem como junto deste, receberam informações verbais sobre a mesma (Apêndice 11).

4º grupo: 20 crianças não receberam nenhum tipo de preparação psicológica pré-cirúrgica.

Todas as atividades citadas foram realizadas no dia anterior à cirurgia.

4.5.2 Segunda etapa – após a preparação pré-cirúrgica

No dia da cirurgia, no período que antecedeu a mesma, deu-se a segunda etapa da coleta de dados, a qual segue abaixo.

- a) Entrevista com a mãe: Neste momento, as mães relataram para a pesquisadora sobre as reações das crianças momentos antes da cirurgia e após a preparação pré-cirúrgica.
- b) As crianças preencheram novamente a ESI,
- c) As crianças preencheram novamente o IDATE – C.

Vale ressaltar que as 10 primeiras crianças de cada grupo responderam primeiramente a ESI e depois o IDATE-C, e as outras 10 crianças de cada grupo fizeram o inverso.

4.5.3 Terceira etapa – após cirurgia

Cerca de quinze dias após a cirurgia, deu-se a terceira etapa da coleta de dados, a qual foi realizada na residência da criança.

- a) Desenhos para evocar memórias: Neste momento, pediu-se para a criança confeccionar um desenho, após ouvir a instrução: *“Desenhe sobre o que você lembra sobre sua hospitalização. Preste bastante atenção porque depois vou pedir para que você me conte sobre o que desenhou”*. Assim que a criança terminava o desenho, a pesquisadora perguntava sobre o que a criança desenhou, e acrescentou, quando necessário, perguntas simples para esclarecer os comentários da criança.

b) Entrevista com a criança: Com o intuito de saber sobre as memórias da criança após a cirurgia, neste momento, foram feitas questões relativas a como a criança acordou, o que lembra do hospital e da cirurgia, o que disse para sua mãe, como foi sua volta para casa, recuperação e tratamento, bem como, sanar eventuais dúvidas que a criança e a mãe, porventura, possam ter tido durante este tempo.

4.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

A partir dos dados coletados, realizou-se dois tipos de análise, uma de cunho quantitativo e outra de cunho qualitativo dos desenhos e relatos obtidos, com o objetivo de propor uma explicação do conjunto de dados reunidos a partir de uma contextualização da realidade percebida.

A preparação para a análise dos dados foi realizada de acordo com as normas dos respectivos instrumentos.

4.6.1 Análise da Escala de Stress Infantil

A experiência clínica mostra que, em áreas muito novas como a do estudo do stress infantil, o profissional necessita de medida mais quantitativa para poder ter maior confiança na análise dos dados e do quadro sintomatológico detectado (Lipp & Lucarelli, 2005).

Para tanto, Lipp e Lucarelli (2005) desenvolveram, com base no atendimento a dezenas de crianças, alguns critérios quantitativos para a avaliação do ESI, a serem utilizados no diagnóstico do stress infantil. Segundo estes critérios, a escala foi avaliada.

Considerou-se que a criança avaliada tinha sinais significativos de stress quando apareceram círculos completamente cheios (pintados) em sete ou mais itens da escala total; a nota igual ou maior que 22 pontos foi obtida no fator de **reações físicas**, ou seja, nos itens 2, 6, 12, 15, 17, 19 21, 24 e 34, ou no fator de **reações psicológicas**, ou seja, nos itens 4, 5, 7, 8, 10, 11, 26 e 30. Outro indicativo de stress deu-se quando a nota igual ou maior que 21 pontos foi obtida em qualquer dos fatores a seguir: **reações psicológicas com componente depressivo**, ou seja, nos itens 13, 14, 20, 22, 25, 28, 29, 32 e 35, e **reações psicofisiológicas**, ou seja, nos itens 1, 3, 9, 16, 18, 23, 27 e 33. Quando o valor total obtido foi maior do que 86 pontos também foi considerado um indicativo expressivo de stress.

A análise quantitativa dos resultados objetivou fazer uma verificação da sensibilidade e do poder discriminativo dos itens, feita

para verificar os diferentes graus de dispersão dos resultados. A apresentação dos dados foi dada através da média e desvio padrão, tendo em vista a comparabilidade direta dos itens entre si.

Após o término desta avaliação, os dados foram analisados à luz de uma comparação inter grupos (para amostras pareadas) antes e depois das intervenções. Os resultados foram tratados quantitativamente entre os grupos, com medidas repetidas (pré-teste e pós-teste) e, em cada grupo entre o pré-teste e o pós-teste. Assim, conjuntos de dados foram pareados, oriundos, por exemplo, de um procedimento tipo antes-e-depois, como é o caso desta pesquisa, na qual, uma avaliação foi feita antes e depois da aplicação do programa de preparação pré-cirúrgica.

4.6.2 Análise do Inventário de Ansiedade Traço – Estado para crianças

Os dados obtidos através do inventário foram analisados quantitativamente, buscando responder a questão da presente pesquisa, ou seja, qual o nível de ansiedade em crianças submetidas a cirurgias eletivas.

Para a correção do IDATE, considerou-se valores **médios** de ansiedade os valores obtidos na faixa entre 40 (quarenta) e 50 (cinquenta) pontos, sendo que os valores abaixo desta faixa foram considerados **baixos** e os acima desta média, foram considerados **altos**.

Nesta pesquisa optou-se por enfatizar a ansiedade-estado, posto que se pretendeu investigar a ansiedade frente ao procedimento cirúrgico.

4.6.3 Análise estatística dos resultados

Foi aplicada a estatística descritiva com o auxílio do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 17.0, como forma de caracterizar os participantes.

Esta primeira análise foi feita como forma de avaliar a homogeneidade dos grupos de preparação entre eles. Observou-se após a colocação dos dados no SPSS os seguintes itens: tipo de preparação realizada pelas crianças: a do grupo de informações, a do grupo dos brinquedos e a do grupo vídeo; a idade das crianças, que variou entre 6 e 12 anos; a faixa de idade na qual estas crianças foram incluídas, seja dos 6 aos 8 anos, dos 9 aos 10 anos e dos 11 aos 12 anos; a escolaridade das crianças, que variou do pré-escolar ao 7º ano; e o tipo de cirurgia realizada pelas crianças: adenoidectomia, amigdalectomia, hérnia

inguinal, hérnia umbilical, postectomia e a junção da amigdalectomia e da adenoidectomia.

A análise quantitativa dos resultados objetivou fazer uma verificação da sensibilidade e do poder discriminativo dos itens, feito para verificar os diferentes graus de dispersão dos resultados. A apresentação dos dados foi feita através da média e desvio padrão, tendo em vista a comparabilidade direta dos itens entre si. Houve uma distribuição geral das categorias, ocorrendo deste modo, homogeneidade das respostas. Assim, quatro conjuntos de dados foram pareados, oriundos, do procedimento tipo antes-e-depois, no qual, uma avaliação foi feita antes e depois da aplicação do programa de preparação pré-cirúrgica.

Os dados obtidos através dos instrumentos IDATE-C e ESI foram inicialmente submetidos a análises descritivas nas quais foram calculadas a média e o desvio padrão de cada instrumento em cada tempo. Em seguida os dados foram submetidos ao teste Shapiro-Wilk para verificar a normalidade da amostra ($p>0,05$). Após a verificação da normalidade, os dados foram submetidos ao Teste MANOVA para avaliar as duas variáveis simultaneamente, bem como, foram submetidos ao Teste ANOVA para avaliar as variáveis separadamente. A análise de variância multivariada (MANOVA) é uma forma generalizada da análise de variância (ANOVA). É utilizada em casos onde existem duas ou mais variáveis dependentes, como no caso deste estudo, no qual as variáveis são o stress e a ansiedade. A ANOVA procura verificar se existem diferenças nas médias dos grupos. Faz isso determinando a média geral, e verificando o quão diferente cada média individual é da média geral (Dancey & Reidy, 2006).

Feito isso, os dados foram analisados através do Teste t para amostras pareadas. Para verificar o tamanho do efeito da significância utilizou-se o tamanho de efeito de d de Cohen. Para ajudar na interpretação dos resultados, sugeriu-se alguns pontos de corte para classificação do tamanho de efeito (5). Valores superiores ou iguais a 0,8 representam tamanho de efeito grande, entre 0,8 a 0,2 são considerados médios e inferiores a 0,2 pequenos.

Outra análise realizada foi a análise de regressão linear e multivariada, na qual os dados foram analisados utilizando o pacote *systemfit* da linguagem de programação para análises estatísticas R. As medidas de stress e ansiedade pós-preparação foram modeladas a partir das medidas pré-preparação, o tipo de tratamento realizado (G1, G2, G3 ou G4) e o gênero (meninos e meninas). Os parâmetros do modelo foram ajustados por meio de equações simultâneas, como forma de levar

em consideração que o stress e a ansiedade foram medidos nos mesmos sujeitos. As variáveis numéricas foram transformadas em escores-z como forma de facilitar a comparação entre tratamentos e entre escalas.

4.6.4 Análise de conteúdo verbal dos relatos da criança e das mães

As entrevistas com as crianças e as mães foram analisadas segundo técnicas de análise de conteúdo de Bardin (1977), que se divide em três fases: a pré-análise, a análise e o tratamento dos resultados e interpretação. A pré-análise pressupõe o contato inicial com o material e a escolha deste, realizando leituras exaustivas do mesmo. Este processo chama-se de “leitura flutuante” e consiste em estabelecer contato com os documentos e analisar e conhecer o texto (Gabarra, 2005, p.32). Na fase de análise, os temas foram agrupados e posteriormente houve o tratamento dos dados e sua interpretação.

Assim, organizaram-se temas para cada resposta analisada, tanto para as falas das crianças como para as falas das mães. Em relação às entrevistas com as mães, buscou-se neste estudo, avaliar as tendências das respostas oferecidas pelas mães nas entrevistas, divididas nos eixos temáticos. Vale ressaltar que procurou-se enfatizar as respostas que apareceram com maior frequência, embora optou-se por não quantificá-las, bem como salienta-se que as respostas não foram mutuamente exclusivas, visto que as mães podem ter dado mais de uma resposta para cada tema.

4.6.5 Análise dos desenhos das crianças

A análise dos desenhos pautou-se na análise realizada no trabalho de Gabarra (2005), e iniciou-se por uma transcrição dos desenhos como propõe Fávero e Salim (1995). Nesta atividade, foram consideradas as seguintes características: existência ou não de cor, cor escolhida, presença ou ausência de detalhes presentes no desenho, tipos de traçado, tamanho em relação à própria folha, uso de régua e borracha, falas da criança durante a construção do desenho e posteriormente.

Em seguida, foram considerados estes itens: tamanho, cor, qualidade do traçado, detalhes presentes no desenho, verbalizações e conteúdo. O desenho solicitado, de cada criança, foi analisado e posteriormente foi comparado segundo os itens citados.

Assim, na análise do desenho considerou-se:

1. Tamanho;
2. Cor;

3. Qualidade da linha/traçado;
4. Detalhes presentes no desenho;
5. Verbalizações durante o desenho;
6. Conteúdo.

Desta forma, analisou-se o produto e o processo de construção do desenho. Isto é, foi considerado o processo de execução do desenho, a interação da criança com a pesquisadora, as falas que, acompanharam ou desencadearam este movimento (S.M.C. Silva, 2002).

Conforme Oaklander (1980) deve-se incentivar as crianças a interpretar seus desenhos, e esta interpretação deve ser levada em consideração, quando da análise destes. No item dos “detalhes presentes no desenho”, Fávero e Salim (1995) propõem análise da presença e ausência de elementos constitutivos dos desenhos. Buscou-se seguir o modelo destas autoras, porém, elas trabalharam com a solicitação de 3 tipos de desenhos: flor, pessoa e animal em situações distintas. Como nesta pesquisa houve uma solicitação de que fosse desenhada uma situação específica, ocorreu uma variedade de desenhos, de acordo com a imaginação e a realidade da criança. Assim, optou-se por considerar na análise, a temática que foi escolhida pela criança, como por exemplo, figura humana e casa, animal e floresta, e analisar os detalhes presentes e ausentes em cada temática.

4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu às normas da resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em vigência por ocasião do envio do projeto ao Comitê de Ética.⁴ O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, e passou pela sua avaliação, a fim de se certificar que o estudo corresponde às exigências relativas à ética em pesquisa com seres humanos, tendo por número de aprovação 120.114.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, sobre o caráter científico do trabalho, portanto, sem remuneração aos sujeitos, sobre o direito à desistência a qualquer momento, bem como, foram informados que os dados de identificação são sigilosos, e utilizar-se-ia as informações somente para fins de estudo. Os resultados serão devolvidos à instituição.

⁴ Atualmente esta resolução não está mais em vigor, tendo sido substituída pela Resolução N° 466/2012 do CONEP.

Além disso, a pesquisadora teve o cuidado de acolher o participante caso houvesse necessidade, encaminhando-o, subsequentemente, ao Serviço de Psicologia do hospital.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com a sua importância para responder aos objetivos da pesquisa. Deste modo, num primeiro momento, serão apresentados os resultados das análises estatísticas referentes à ESI, e ao IDATE-C, antes e após a preparação.

Em seguida, serão apresentados os resultados obtidos com a segunda entrevista que foi realizada com as mães ou acompanhantes após a preparação. Os resultados obtidos através da primeira entrevista com as mães, não serão analisados, por já terem sido publicados em outro momento. Os resultados obtidos com a segunda entrevista também já foram publicados, porém, considerou-se pertinente apresentar os resultados, tendo em vista terem trazido considerações importantes acerca das diferenças encontradas nas reações das crianças de acordo com o tipo de preparação recebida.

Num terceiro momento, serão apresentados os resultados obtidos com os desenhos para evocar memórias confeccionados pelas crianças cerca de 15 dias após a cirurgia.

Em quarto lugar serão apresentados os resultados referentes às entrevistas com as crianças, realizadas no mesmo dia da confecção do desenho, dividindo-as conforme a preparação recebida.

Os resultados serão apresentados com o cuidado de se dividi-los de acordo com o grupo de preparação recebida, com o objetivo de avaliar se houve diferença no momento pós-cirúrgico de acordo com a preparação que as crianças receberam.

5.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

Os dados obtidos através dos instrumentos IDATE-C e ESI foram inicialmente submetidos a análises descritivas nas quais foram calculadas a média e o desvio padrão de cada instrumento em cada tempo, como segue abaixo.

5.1.1 Reações apresentadas pelas crianças de acordo com o ESI

Procurou-se avaliar todos os itens incluídos em cada tipo de reações avaliadas pelo ESI, como forma de observar a ocorrência ou não de disparidade nas respostas de um item para outro.

Avaliaram-se os diferentes grupos de participantes, tanto no pré-teste como no pós-teste, de modo que pudessem ser verificadas diferenças no stress após a preparação psicológica pré-cirúrgica. Foram

calculadas as médias das dimensões avaliadas pela ESI, e obteve-se como média total no pré-teste o valor de 38,70 (DP=20,31) e no pós-teste o valor encontrado foi 31,18 (DP=19,38). A Tabela 8 traz os escores médios obtidos em cada uma das dimensões da ESI, separadas por grupos.

Tabela 8

Médias e desvios padrões obtidos por cada grupo em cada uma das dimensões da ESI

ESI		RF_A	RF_D	RP_A	RP_D	RPCD_A	RPCD_D	RPS_A	RPS_D	Total_A	Total_D
Tipos de preparação											
Grupo Informação	Média	10,30	9,70	13,70	12,70	8,10	6,80	13,10	10,65	45,20	39,85
	DP	7,45	7,63	8,20	6,90	5,22	3,92	5,98	5,37	24,16	21,46
Grupo Boneco	Média	7,80	6,20	8,85	5,95	6,70	5,15	8,30	7,45	31,65	24,75
	DP	4,96	4,92	4,20	3,25	6,43	5,76	5,05	4,72	14,34	15,81
Grupo Vídeo	Média	9,35	7,50	14,95	8,30	7,55	5,50	12,40	9,35	44,25	30,65
	DP	6,36	6,14	7,58	5,58	6,87	6,17	5,23	5,52	22,93	19,59
Grupo Controle	Média	6,35	5,50	11,60	10,15	5,20	4,60	10,55	9,25	33,70	29,50
	DP	3,92	4,53	6,31	6,76	4,57	5,25	4,99	5,41	15,67	18,49
Total	Média	8,45	7,22	12,27	9,27	6,88	5,51	11,08	9,17	38,70	31,18
	DP	5,91	6,03	7,01	6,22	5,84	5,31	5,55	5,29	20,31	19,38

ESI: Escala de Stress Infantil. RF_A e RF_D: Reações Físicas Antes e Depois. RP_A e RP_D: Reações Psicológicas Antes e Depois. RPCD_A e RPCD_D: Reações Psicológicas com componente depressivo Antes e Depois. RPS_A e RPS_D: Reações Psicofisiológicas Antes e Depois.

Ao se analisar as dimensões avaliadas pode-se constatar que em todas houve uma diminuição das médias de stress do pré-teste para o pós-teste, independente do grupo de preparação. Observou-se que o grupo que apresentou a maior diferença de média do stress total entre o pré-teste e o pós-teste foi o G3, no qual obteve-se uma média de 44,25 (DP=22,93) no pré-teste e 30, 65 (DP=19,59) no pós-teste.

5.1.2 Dimensões apresentadas avaliadas pelo IDATE-C

Avaliou-se todos os itens incluídos nas duas dimensões avaliadas pelo IDATE-C, a Traço e a Estado, como forma de observar a ocorrência ou não de disparidade nas respostas de um item para outro.

Os diferentes grupos de participantes foram avaliados, tanto no pré-teste como no pós-teste, de modo que pudessem ser verificadas diferenças na ansiedade após a preparação psicológica pré-cirúrgica. A Tabela 9 traz os escores médios obtidos em cada uma das dimensões do IDATE-C, separadas por grupos.

Tabela 9

Médias e desvios padrões obtidos por cada grupo em cada uma das dimensões do IDATE-C

IDATE-C		IDATE TRAÇO A	IDATE TRAÇO D	IDATE ESTADO A	IDATE ESTADO D
Grupo Informação	Média	35,75	32,45	33,05	33,35
	DP	7,01	6,15	3,17	4,13
Grupo Boneco	Média	34,50	33,00	33,90	33,55
	DP	7,17	7,86	4,01	5,55
Grupo Vídeo	Média	36,45	34,00	34,30	31,75
	DP	8,68	6,00	4,90	3,64
Grupo Controle	Média	35,75	33,35	32,45	33,20
	DP	5,50	5,72	4,16	4,93
Total	Média	35,61	33,20	33,42	32,96
	DP	7,07	6,39	4,09	4,59

IDATE-C: Inventário de Ansiedade. Idate-Traço_A e Idate-Traço _D: Ansiedade-traço Antes e Depois. Idate-Estado_A e Idate-Estado_D: Ansiedade-estado Antes e Depois.

Pode-se constatar, ao avaliar a Tabela 9 que houve uma diferença na média da ansiedade no pré-teste e no pós-teste. Observou-se os diferentes grupos de participantes, tanto no pré-teste como no pós-teste, e em todos esses a média de ansiedade-traço diminuiu do pré-teste para o pós-teste. No total a média de ansiedade no pré-teste foi de 35,61 (DP=7,07) e 33,20 (DP=6,39) no pós-teste. Por outro lado, houve diferenças entre os grupos nas médias da ansiedade-estado. O grupo controle teve um aumento da média do pré-teste para o pós-teste, cujos valores foram de 32,45 (DP=4,16) no pré-teste e 33,20 (DP=4,93) no pós-teste. Os Grupos Informação e Boneco mantiveram a mesma média de ansiedade-estado. Por sua vez, o Grupo Vídeo apresentou uma diminuição da ansiedade-estado do pré-teste para o pós-teste, indo de uma média de 34,30 (DP=4,90) no pré-teste, para 31,75 (DP=3,64) no pós-teste.

5.1.3 Comparação entre os grupos

Após a realização do Teste MANOVA, para comparar se havia diferenças significativas entre os grupos, obteve-se $F(3)=1,85$, $p>0,05$, p : 0,144, e deste modo, percebe-se que o teste não revelou diferença estatisticamente significativa entre os diferentes programas de preparação.

Os gráficos a seguir mostram os resultados obtidos com os testes MANOVA e ANOVA, separadamente, visto que primeiramente aplicou-se o MANOVA para avaliar as variáveis simultaneamente e depois aplicou-se o ANOVA para se avaliar as variáveis separadamente. Optou-se por avaliar nos gráficos, apenas a dimensão ansiedade-estado, pelo fato desta avaliar a ansiedade frente a cirurgia, posto que o objetivo desta pesquisa se propõe a identificar o stress e a ansiedade na situação pré-cirúrgica.

A seguir, seguem as figuras obtidas:

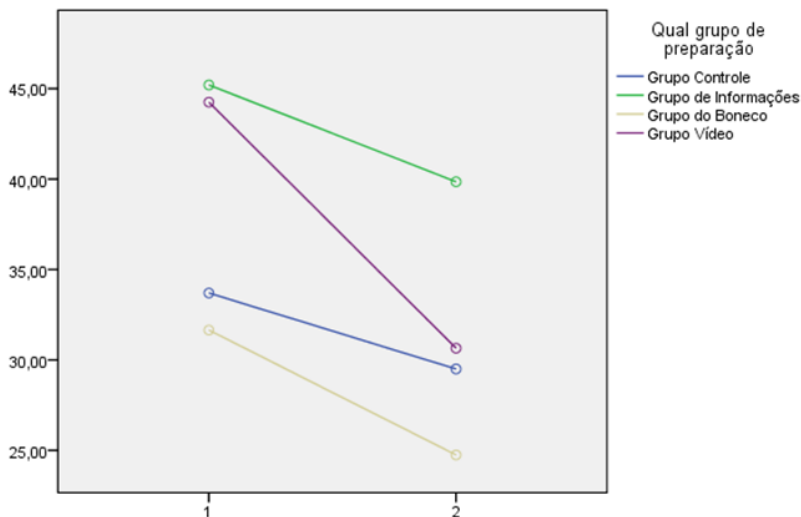


Figura 2. Comparação do stress e da ansiedade intra grupos e entre os grupos

A partir da Figura 2 pode-se dizer que o Grupo Vídeo (G3) teve uma maior diferença entre o pré-teste e o pós-teste, no entanto, o Teste MANOVA não revelou tal diferença. Observa-se que os Grupos Vídeo (G3) e Informações (G1) apresentaram um pré-teste mais elevado no que diz respeito ao stress e ansiedade, e obtiveram um declínio destas após a preparação recebida. Porém, pode-se constatar que todos os grupos apresentaram um declínio do stress e da ansiedade do pré-teste para o pós-teste, o que possibilita afirmar que existem diferenças significativas intra-grupos, por outro lado, mesmo que o gráfico aparente o contrário, estatisticamente não se pode afirmar diferença entre os grupos, o que se leva a constatar que nenhum grupo teve redução de stress e de ansiedade maior que o outro.

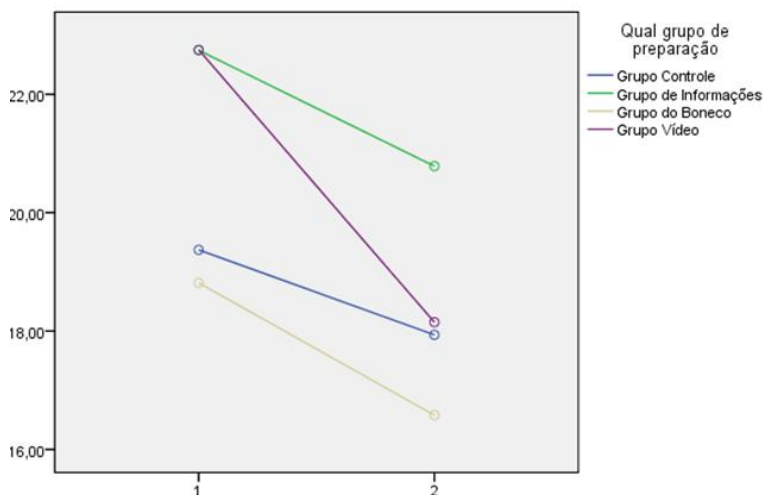


Figura 3. Comparação do stress intra grupos e entre os grupos

A Figura 3, também baseada no Teste ANOVA não revelou diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao stress dos quatro grupos, entre o pré-teste e o pós-teste. Pelo gráfico, observa-se que os Grupos Vídeo (G3) e Informações (G1), comparados aos demais grupos, apresentaram um nível maior de stress no pré-teste. Constatou-se que todos os grupos, se comparados do pré-teste para o pós-teste tiveram um decréscimo do stress. O Teste ANOVA não revelou superioridade de um grupo em relação ao outro.

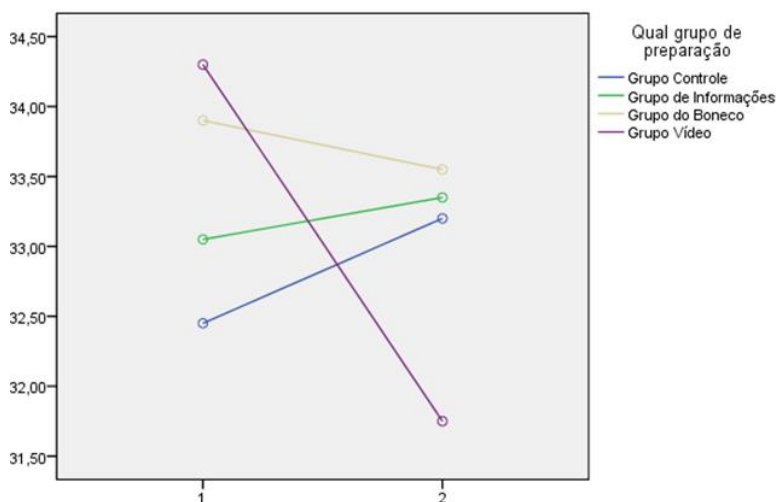


Figura 4. Comparação da ansiedade-estado intra grupos e entre os grupos

A Figura 4, baseada no Teste ANOVA não revelou diferenças estatisticamente significativas no que se refere à ansiedade-estado dos quatro grupos entre o pré-teste e o pós-teste. Pelo gráfico, observa-se que o Grupo Vídeo (G3), comparado aos demais grupos, apresentou um nível maior de ansiedade no pré-teste. Constata-se que os Grupos Vídeo (G3) e Boneco (G2) tiveram um declínio da ansiedade-estado do pré-teste para o pós-teste, e por outro lado, os Grupos Informações (G1) e Controle (G4) tiveram um leve aumento da ansiedade. O Teste ANOVA, portanto, não revelou diferença significativa na redução da ansiedade-estado de um grupo em relação ao outro.

5.1.3.1 Comparação entre os grupos entre o pré-teste e o pós-teste

Nesta etapa, os resultados obtidos através das avaliações realizadas antes e após os programas de intervenção foram organizados em tabelas, seguindo-se relatos elucidativos dos mesmos. A seguir apresentam-se as tabelas, nas quais se organizou os resultados de uma variável independente de cada vez, nos quatro grupos de preparação (antes e depois).

5.1.3.1.1 Tipos de reações apresentadas pelas crianças de acordo com o ESI

Procurou-se avaliar todos os itens incluídos em cada tipo de reações apresentadas pelo ESI, como forma de observar a ocorrência ou não de disparidade nas respostas de um item para outro.

A seguir serão apresentados os escores obtidos em cada uma das dimensões da ESI, separadas por grupos. Ter-se-á a apresentação por meio de médias, desvio padrão e Teste *t*.

Tabela 10

*Médias e desvios padrões obtidos por cada grupo na dimensão **Reações Físicas** no pré e pós-teste*

Grupos	Pré-Teste		Pós-Teste		<i>T</i>
	M	DP	M	DP	
G1	10,30	7,45	9,70	7,63	(19)=,609 (<i>p</i> :, 437)
G2	7,80	4,96	6,20	4,92	(19)=1,93 (<i>p</i> :,068)
G3	9,35	6,36	7,50	6,14	(19)=1,83 (<i>p</i> :,082)
G4	6,35	3,92	5,50	4,53	(19)=1,37 (<i>p</i> :,184)

p< 0,05 (Teste *t* de Student)

Ao se analisar a dimensão Reações Físicas na Tabela 10 pode-se constatar que em todos os grupos houve uma pequena diminuição das médias de stress do pré-teste para o pós-teste, porém, de acordo com, o Teste *t* não houve diferença estatisticamente significativa em nenhum dos grupos.

Tabela 11

*Médias e desvios padrões obtidos por cada grupo na dimensão **Reações Psicológicas** no pré e pós-teste*

Grupos	Pré-Teste		Pós-Teste		<i>T</i>
	M	DP	M	DP	
G1	13,70	8,20	12,70	6,90	(19)=,609 (<i>p</i> :, 437)
G2	8,85	4,20	5,95	3,25	(19)=2,47 (<i>p</i> :,023)
G3	14,95	7,58	8,30	5,58	(19)=6,36 (<i>p</i> :,000)
G4	11,60	6,31	10,15	6,76	(19)=1,44 (<i>p</i> :,164)

p< 0,05 (Teste *t* de Student)

De acordo com a Tabela 11, nota-se que os grupos G1 e G4 apresentaram uma pequena diminuição da média do pré-teste para o pós-teste, porém, sem diferença estatisticamente significativa. Por outro

lado, os grupos G2 e G3, apresentaram diferença estatisticamente significativa do pré-teste para o pós-teste de acordo com o Teste *t*. Ao se avaliar o tamanho do efeito de significância, obteve-se *d* de Cohen: 0,77 para o G2, o que corresponde a um efeito moderado de significância, e o G3 obteve *d* de Cohen: 0,81 para as reações psicológicas, o que corresponde a um grande efeito de significância. Deste modo, na dimensão Reações Psicológicas, pode-se afirmar que o G3 foi o único que obteve diferença estatisticamente significativa do pré-teste para o pós-teste, com um efeito grande de significância.

Tabela 12

*Médias e desvios padrões obtidos por cada grupo na dimensão **Reações Psicológicas com componente depressivo** no pré e pós-teste*

Grupos	Pré-Teste		Pós-Teste		<i>T</i>
	M	DP	M	DP	
G1	8,10	5,22	6,80	3,92	(19)=1,85 (<i>p</i> : ,079)
G2	6,70	6,43	5,15	5,76	(19)=1,93 (<i>p</i> : ,068)
G3	7,55	6,87	5,50	6,17	(19)=1,97 (<i>p</i> : ,063)
G4	5,20	4,57	4,60	5,25	(19)=1,77 (<i>p</i> : ,092)

p < 0,05 (Teste *t* de Student)

Pode-se observar na Tabela 12, que no concernente às Reações Psicológicas com componente depressivo, houve pequenas diferenças entre as médias do pré-teste para o pós-teste em todos os grupos, porém, sem diferença estatisticamente significativa em nenhum deles.

Tabela 13

*Médias e desvios padrões obtidos por cada grupo na dimensão **Reações Psicofisiológicas** no pré e pós-teste*

Grupos	Pré-Teste		Pós-Teste		<i>T</i>
	M	DP	M	DP	
G1	13,10	5,98	10,65	5,37	(19)=2,75 (<i>p</i> : ,013)
G2	8,30	5,05	7,45	4,72	(19)=1,02 (<i>p</i> : ,319)
G3	12,40	5,23	9,35	5,52	(19)=2,78 (<i>p</i> : ,012)
G4	10,55	4,99	9,25	5,41	(19)= 1,68 (<i>p</i> : ,108)

p < 0,05 (Teste *t* de Student)

A partir da Tabela 13, constata-se pequenas diferenças nas médias do pré-teste para o pós-teste em todos os grupos, no entanto, diferenças estatisticamente significativas foram encontradas apenas nos grupos G1 e G3. De acordo com o tamanho do efeito, obteve-se para o

G1, d de Cohen: 0,43, o que corresponde a um pequeno efeito de significância, por outro lado, para o G3 obteve-se d de Cohen: 0,93, o que significa um grande efeito de significância. Assim, na dimensão Reações Psicofisiológicas, pode-se afirmar que o G3 foi o único grupo que obteve diferença estatisticamente significativa do pré-teste para o pós-teste, com um efeito grande de significância.

Tabela 14

*Médias e desvios padrões obtidos por cada grupo no **Stress Total** no pré e pós-teste*

Grupos	Pré-Teste		Pós-Teste		<i>T</i>
	M	DP	M	DP	
G1	45,20	24,16	39,85	21,46	(19)=1,88 (p : ,075)
G2	31,65	14,34	24,75	15,81	(19)=3,05 (p : ,007)
G3	44,25	22,93	22,93	19,59	(19)=4,46 (p : ,007)
G4	33,70	15,67	29,50	18,49	(19)= 1,88 (p : ,424)

$p < 0,05$ (Teste t de Student)

Como observado na Tabela 14, houve diferenças do pré-teste para o pós-teste no stress total em todos os grupos, porém, diferenças estatisticamente significativas de acordo com o Teste t , só foram encontradas nos grupos G2 e G3. No que tange ao tamanho do efeito, tem-se d de Cohen: 0,33 para o G2, o que corresponde a um pequeno efeito de significância. Já para o G3 tem-se d de Cohen: 0,63, caracterizando um efeito moderado de significância. Novamente, observa-se que o G3 obteve superioridade em relação aos demais grupos.

5.1.3.1.2 Dimensões avaliadas pelo IDATE-C

Avaliou-se todos os itens incluídos nas duas dimensões avaliadas pelo IDATE-C, a Traço e a Estado, como forma de observar a ocorrência ou não de disparidade nas respostas de um item para outro.

Os diferentes grupos de participantes foram avaliados, tanto no pré-teste como no pós-teste, de modo que se pudesse verificar a ocorrência de diferenças na ansiedade-estado antes e após a preparação psicológica pré-cirúrgica e na ansiedade-traço. As tabelas que seguem trazem os escores obtidos em cada uma das dimensões do IDATE-C, separadas por grupos.

Tabela 15

Médias e desvios padrões obtidos por cada grupo na Ansiedade-Traço no pré-teste e pós-teste

Grupos	Pré-Teste		Pós-Teste		<i>T</i>
	M	DP	M	DP	
G1	35,75	7,01	32,45	6,15	(19)=2,57 (<i>p</i> : ,018)
G2	34,50	7,17	33,00	7,86	(19)=1,53 (<i>p</i> : ,142)
G3	36,45	8,68	34,00	6,00	(19)=1,18 (<i>p</i> : ,250)
G4	35,75	5,50	33,35	5,72	(19)= 2,73 (<i>p</i> : ,013)

p < 0,05 (Teste *t* de Student)

De acordo com a Tabela 15, nota-se que todos os grupos apresentaram uma pequena diminuição da média do pré-teste para o pós-teste, porém, sem diferença estatisticamente significativa. Por outro lado, os grupos G1 e G4, apresentaram diferença estatisticamente significativa do pré-teste para o pós-teste de acordo com o Teste *t*. Ao se avaliar o tamanho do efeito de significância, obteve-se *d* de Cohen: 0,42 para o G4, o que corresponde a um efeito pequeno de significância, e o G1 obteve *d* de Cohen: 0,50, o que corresponde a um moderado efeito de significância.

Tabela 16

Médias e desvios padrões obtidos por cada grupo na Ansiedade-Estado no pré-teste e pós-teste

Grupos	Pré-Teste		Pós-Teste		<i>T</i>
	M	DP	M	DP	
G1	33,05	3,17	33,35	4,13	(19)=-,505 (<i>p</i> : ,619)
G2	33,90	4,01	33,55	5,55	(19)=0,41 (<i>p</i> : ,680)
G3	34,30	4,90	31,75	3,64	(19)=2,09 (<i>p</i> : ,050)
G4	32,45	4,16	33,20	4,93	(19)= -,818 (<i>p</i> : ,424)

p < 0,05 (Teste *t* de Student)

A Tabela 16 mostra que o G4 teve um aumento da ansiedade-estado do pré-teste para o pós-teste. Os grupos G1 e G2 apresentaram um pequeno decréscimo da ansiedade-estado do pré-teste para o pós-teste, porém, o único grupo que apresentou diferença estatisticamente significativa foi o G3, de acordo com o Teste *t*. Ao se avaliar o tamanho do efeito de significância, obteve-se *d* de Cohen: 0,59, o que corresponde a um efeito pequeno de significância.

5.1.3.2 Análise de regressão linear e multivariada

Como as análises realizadas pelas Anovas e Manova não revelaram diferenças significativas entre os grupos, optou-se por realizar uma análise estatística mais sofisticada para verificar se havia, inclusive diferenças de gênero entre os diferentes grupos. As medidas de stress e ansiedade pós-preparação foram modeladas a partir das medidas pré-preparação, o tipo de tratamento realizado (G1, G2, G3 e G4) e o gênero (masculino e feminino). Os parâmetros do modelo foram ajustados por meio de equações simultâneas, como forma de levar em consideração que o stress e a ansiedade foram medidos nos mesmos sujeitos. As variáveis numéricas foram transformadas em escores-z como forma de facilitar a comparação entre tratamentos e entre escalas.

O modelo é definido formalmente da seguinte maneira (essa definição simplifica a fórmula para o modelo completo, que conjuga as duas variáveis resultantes):

$$y_{ijk} = \alpha + \beta^{pre} \text{escorePre}_i + \beta_j^{tratamento} + \beta_k^{bloco} + \varepsilon_{ijk}$$

$$\varepsilon_{ijk} \sim N(0, \sigma^{\varepsilon})$$

O parâmetro α é o intercepto do modelo e corresponde à média, na medida pós-preparação, do G4;

O parâmetro β^{pre} indica a força de correlação entre a medida antes e após a intervenção;

O parâmetro $\beta_j^{tratamento}$ indica a média do efeito causal do tratamento j ;

O parâmetro β_k^{bloco} indica o efeito médio da variável definidora do gênero.

Por fim, o parâmetro ε_{ijk} indica o erro no ajuste do modelo, distribuído normalmente.

Os resultados da análise são apresentados simultaneamente para as variáveis de stress e ansiedade. Sua interpretação foi feita indicando o efeito médio calculado e o intervalo de 95% de confiança entre colchetes. Como as variáveis estão estandardizadas, os coeficientes

podem ser interpretados diretamente como tamanho de efeito em unidades de d de Cohen.

O G1 teve um impacto pequeno e negativo (no sentido de aumentar o nível esperado) sobre o stress: seu efeito médio é de +0,065 [-0,30; -0,43]. Os resultados sugerem que houve um aumento do stress e da ansiedade nos sujeitos do G1 quando comparados ao G4. Essa diferença é pequena, e não pode ser estimada com precisão em função da variância dos dados.

Para a ansiedade, o efeito também foi pequeno, mas positivo: -0,050 [-0,578; 0,478]. Isso significa que houve redução com relação G4, mas o erro padrão não permite estimar o valor com maior precisão.

O tratamento do G2 teve um efeito significativo na redução do stress, em média, as crianças do G2 tiveram seus escores -0,16 [-0,52; 0,20] desvios padrões abaixo da média do G4. Apesar do impacto mais significativo, o intervalo de confiança do coeficiente é largo o suficiente para incluir valores positivos.

Com relação à ansiedade, o G2 não teve a mesma eficácia, houve em média, uma redução de -0,123 [-0,65; 0,41]. Ainda que mais significativo que o G1, a estimativa também é compatível com valores positivos.

Por fim, o G3 se mostrou o mais eficaz na redução de stress e ansiedade. No caso do stress, o efeito estimado é de uma redução média de -0,37 [-0,73; -0,01] desvios padrões com relação à média do G4. O intervalo de confiança exclui zero, o que permite afirmar com confiança que o tratamento causa uma diminuição no stress pré-operatório de crianças.

Um efeito ainda mais forte é revelado no caso da ansiedade, pois crianças que assistiram o vídeo tiveram o escore médio de ansiedade -0,57 [-1,10; -0,04] desvios padrões abaixo do G4. Novamente, o intervalo de 95% de confiança exclui zero, indicando que o efeito do tratamento é robusto e que se pode esperar uma redução no escores de ansiedade de crianças submetidas a ele.

Portanto, pode-se esperar, com 95% de confiança, que o G3 provocou a redução dos escores de stress e ansiedade pré-operatórios em crianças. O efeito pode ser considerado pequeno no caso do stress, d de Cohen igual a 0,37 e médio no caso da ansiedade d de Cohen igual a 0,57.

O gráfico abaixo apresenta as estimativas dos tratamentos para cada uma das variáveis, em conjunto com o intervalo de 95% de confiança.

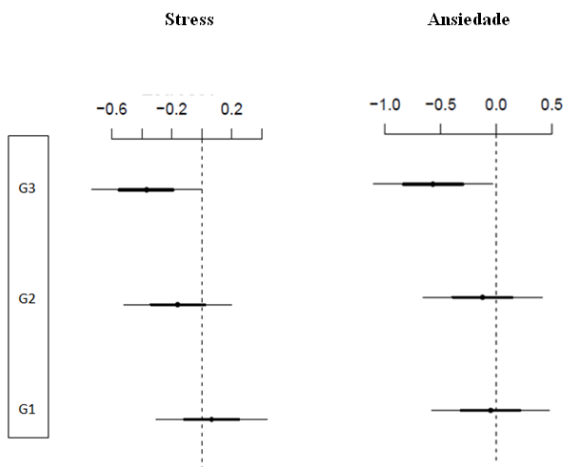


Figura 5. Estimativas e intervalos de 95% de confiança para os três tratamentos de stress e ansiedade

A diferença entre gêneros masculino e feminino foi pequena se comparada ao efeito do tratamento do G3. No caso do stress, espera-se que as meninas estejam -0,10 [-0,36; 0,14] desvios-padrões abaixo da média dos meninos, indicando um menor stress entre meninas. A ansiedade, por sua vez, apresenta um resultado inverso, os escores de ansiedade nas meninas são, em média, 0,20 [-0,17; 0,58] desvios padrões maiores que os dos meninos, sugerindo haver maior ansiedade nos grupos femininos.

Os gráficos de resíduos para as duas variáveis resultantes não indicam nenhum desvio grave em termos da linearidade e da independência dos erros, como pode se observar nas Figuras 6 e 7.

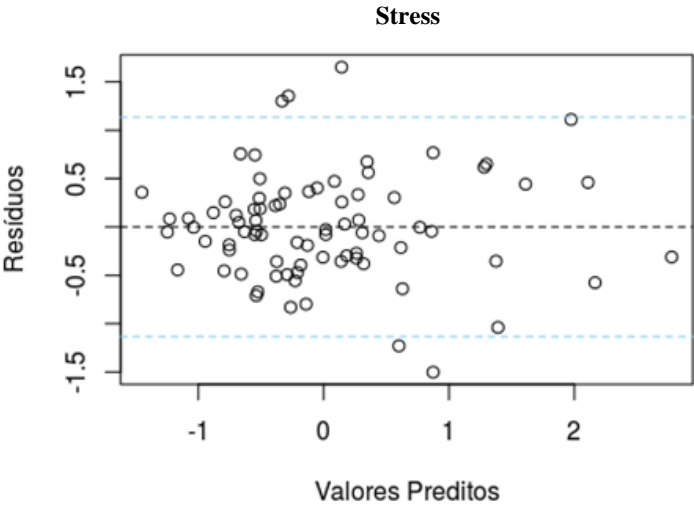


Figura 6. Resíduos para a variável *Stress*

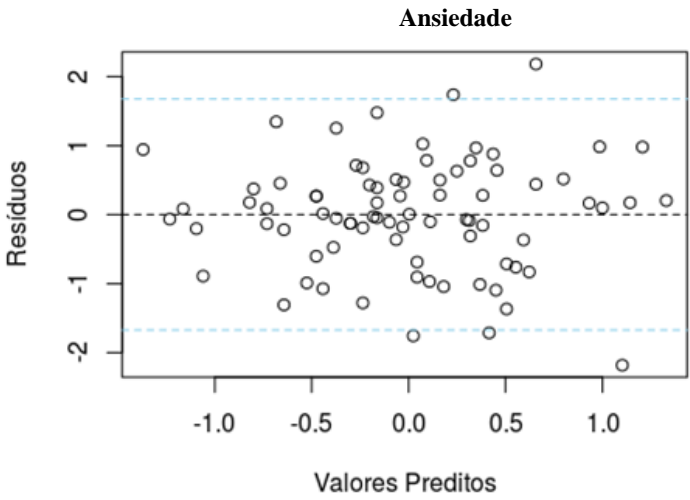


Figura 7. Resíduos para a variável *Ansiedade*

5.2 ANÁLISE DOS RELATOS DAS MÃES NA SEGUNDA ENTREVISTA

A segunda entrevista foi realizada no dia posterior à preparação, dia este em que foi realizada a cirurgia. Seu objetivo foi investigar as reações das crianças após a preparação, as eventuais dúvidas que tiveram e como foram os momentos anteriores à cirurgia.

As respostas foram divididas em quatro grupos temáticos, de acordo com o tipo de preparação realizada, para que se pudesse comparar os grupos. Os temas abordados nas questões referiram-se a:

- Reações à preparação.
- Como o filho acordou no dia da cirurgia.
- Momentos antes da cirurgia.
- Perguntas momentos antes da cirurgia.

5.2.1 Análise das entrevistas com as mães do G1

No que diz respeito às **reações à preparação**, no G1 as mães responderam que seus filhos não tiveram nenhuma reação que merecesse atenção, porém, uma das mães relatou que o filho gostou de conversar: *Não, não falou nada, eu até perguntei, mas ele só falou que foi legal.*

Outras respostas que ocorreram com frequência, foram referentes à camisola que as crianças usam para ir ao centro cirúrgico: *Ele falou que tem que usar uma camisola que tem que tirar a cueca, e ele falou que não vai tirar, porque não ia de bunda de fora...rsss.*

As crianças do G1 repetiram alguns comentários feitos pela pesquisadora durante a preparação, como: *Ela só falou que não precisa ter medo, talvez pode sair sangue, talvez não... Eu vou dormir e não vou ver nada.* Apenas duas crianças foram descritas por suas mães como felizes e tranquilas.

No que diz respeito a como o **filho acordou no dia da cirurgia**, a maior parte das mães relatou que seus filhos acordaram como se nada estivesse acontecendo. Uma criança mencionou a felicidade, mas pelo fato de que poderia tomar sorvete, uma criança estava tranquila, e outra, reclamou que ainda não tinha feito a cirurgia. Ainda houve respostas relativas à fome, e à ansiedade: *Ela acordou bem, perguntei se esta ansiosa, mas ela disse que não, mas eu acho que ela tá, porque fica o tempo todo perguntando que hora que vai, quem vai primeiro, vai pro banheiro, volta, deita, levanta... não tá muito normal não.*

No que concerne aos **momentos antes da cirurgia**, as mães tiveram uma tendência a entender que a pergunta referia-se ao estado emocional delas mesmas. Embora a questão tivesse sido corrigida, demonstraram necessidade de falar sobre sua condição emocional. Deste modo, elas respondiam sobre si próprias e sobre os seus filhos. Uma parte das mães respondeu que os filhos estavam tranquilos, mas elas não. A maioria das mães referiu que seus filhos estavam despreocupados. Em contrapartida, teve respostas relacionadas ao fato da criança não querer tomar banho, ou ainda, que a camisola veio um número menor. Poucas referências à sede/fome, uma referência a agitação e uma mãe que descreveu a filha como curiosa, pois fazia muitas perguntas a respeito do procedimento a que seria submetida: *Ta sendo bem normal, eu que to nervosa, quase tendo um piripaque, mas não posso passar pra ele né?*

Em relação a **perguntas momentos antes da cirurgia**, a maioria das crianças não fez pergunta de nenhuma ordem, porém, nos casos em que houve perguntas, grande parte foi a respeito do horário da cirurgia, como também sobre quando iria para casa, querer tomar café, se ia demorar para ir para o centro cirúrgico, se teria injeção e se sairia sangue: *Ah...ele disse que só conseguiu dormir porque estava pensando numa torta de chocolate, e depois que acordou só fica perguntando se ele vai primeiro.*

5.2.2 Análise das entrevistas com as mães do G2

Verificou-se no G2, no referente às **reações à preparação**, que houve um predomínio de respostas fazendo menção às informações sobre a cirurgia, seja no que tange ao “cheirinho”, ao fato de dormir durante o procedimento, que o procedimento é rápido, ou que “não vai ver nada”: *Ah ela falou que era pra ficar tranquila porque você explicou que ela ia cheirar um negocinho e ia dormir.*

Uma parte das mães deste grupo mencionou que seus filhos estavam preocupados com as vestimentas hospitalares, assim como no G1. Duas crianças fizeram alusão ao boneco usado para a preparação, com comentários sobre a cor do olho do boneco, cabelo e vestes. Uma criança voltou para o quarto animada, uma voltou assustada, e duas voltaram tranquilas. *Só comentou que tem um avental que fica fechado na frente, e que a boneca tem a sobancelha desenhada a mão, ela achou engraçado.*

Sobre como o **filho acordou no dia da cirurgia**, algumas mães relataram que acordaram tranquilos, algumas referiram seus filhos como ansiosos e ainda, outras mães descreveram seus filhos como se nada estivesse acontecendo. Uma criança foi referida como agitada, uma não queria tomar banho, uma estava feliz e outras duas apresentaram medo: *Ele acordou com um pouquinho de medo, e quando a moça trouxe o avental ele falou que já sabia colocar, que ficava fechado na frente.*

No que concerne aos **momentos antes da cirurgia**, as mães também tiveram uma tendência a entender que era referente a como elas estavam se sentindo, uma parte das mães respondeu que os filhos estavam tranquilos, mas elas não. A maioria das mães respondeu que seus filhos estavam despreocupados, alguns até pelo fato de não estarem entendendo a situação, na opinião delas: *Ah ele nem entende né, a gente que sabe que é perigoso.*

Por outro lado, teve respostas relacionadas a medo, choro, ansiedade e dúvidas. Menos da metade das mães respondeu que seus filhos estavam tranquilos: *Tá tenso, eu já tomei meu remédio, e ela tá chorando já, não quero passar pra ela, porque daí já viu, mas eu tô preocupada.*

Em relação a **perguntas momentos antes da cirurgia**, metade das crianças não fez pergunta de nenhuma ordem, porém, nos casos em que houve perguntas, grande parte, como no G1, disse respeito ao horário da cirurgia, como também sobre quando iria para casa, querer tomar café, se ia demorar para ir ao centro cirúrgico, se teria injeção, e ainda, se o pai viria buscar e se a mãe ficaria esperando: *Falou: vó será que vai demorar pra eu ir, quero ir logo e ta demorando, será que o outro menino vai antes?*

5.2.3 Análise das entrevistas com as mães do G3

No que diz respeito às **reações à preparação** do G3, a maioria das mães referiram que seus filhos gostaram de assistir ao vídeo, e muitas delas ao voltar para o quarto tranquilizaram as demais crianças. *Ah ele falou 'Ah vó eu vi o vídeo de como vai ser bem fácil e bem rápido, depois eu durmo um sono e já acordo operado', ele gostou bastante".*

Mais da metade das crianças foi descrita como calma e uma mãe chamou seu filho de *empolgado*. Ainda teve uma criança que comentou a respeito dos testes aplicados, e demonstrou felicidade: *Ah mãe, tinha*

um monte de bolinhas pra eu pintar quando era nunca, sempre e quase sempre se eu tava nervoso ou ia no banheiro....bem legal”.

Em que pese como o **filho acordou no dia da cirurgia**, a maioria das crianças de acordo com relato das mães, estava tranquila, e dentre estas uma falou que o filho estava preocupado, visto que ela própria tinha caído da cadeira durante a noite no hospital, e para tanto, ele se preocupou.

Houve relatos de crianças que acordaram com fome, crianças que fizeram menção à preparação, comparando a instrução dada com o que lhes estava acontecendo, como por exemplo, dizendo que a psicóloga já havia comentado que usaria aquela roupa e que sabia como deveria vesti-la, bem como esclarecendo algumas condições sobre a cirurgia. Também houve relatos de crianças que fizeram perguntas sobre a hora da cirurgia e quando iria para casa: *Não, ela está bem tranquila. Ela só ficou nervosa essa noite porque eu caí da cadeira né. Mas agora ela quer fazer logo de uma vez. Bem tranquilo até. Dormiu bem assim. Quer saber que horas vai ser a cirurgia, e se já vão chamar ela.*

No que confere aos **momentos antes da cirurgia**, as mães os relataram como tranquilos, mas relacionadas a estas crianças, três mães se consideraram nervosas. Apenas uma criança estava brava por ter acordado cedo, e uma mãe considerou que seu filho achava que estava num hotel, enfatizando que ele não estava entendendo nada: *Eu acho que ele está bem assim, está mais calmo do que ontem. Está mais calmo. Talvez na hora de ir para lá ele fique mais preocupado. Mas agora ele está bem mais calmo do que ontem.*

No G3, as **perguntas momentos antes da cirurgia**, referiram-se a dúvidas sobre o momento de ir para a cirurgia, quando ia poder comer, e quantos dias depois poderia brincar. No entanto, vale ressaltar que neste grupo, uma parcela significativa das mães relatou que seus filhos fizeram comentários sobre a preparação realizada, e deste modo, referiram-se ao vídeo e às informações recebidas. Metade das crianças absteve-se de tecer comentários.

Foi até engraçado, ela acordou e já perguntou onde estava a roupinha, porque tu tinhas falado que iam trazer, e já foi indo pro chuveiro pra tomar banho, e falou ‘A moça disse que tinha que tomar banho cedo, e eu sou a primeira porque os mais novos vão antes. Eu sei tudo já mãezinha’....ela ta se achando que sabe tudo, toda esperta.

5.2.4 Análise das entrevistas com as mães do G4

Em relação às **reações à preparação** do G4, a maioria das mães referiu que seus filhos não tiveram nenhum tipo de reação. Vale ressaltar que este grupo não teve preparação, então, as respostas se referiam à atividade realizada com as crianças. Algumas mães definiram seus filhos como agitados, e fizeram menção ao sono, enfatizando que os filhos custaram a dormir. Teve uma mãe que destacou que seu filho estava tranquilo: *Se bateu um pouquinho assim pra dormir. Daí ele botou o travesseiro lá perto de mim e dormiu, mas não teve nada não.*

No que diz respeito a como o **filho acordou no dia da cirurgia**, pouco menos da metade das mães, referiu que seus filhos acordaram tranquilos. Algumas crianças se encontravam ansiosas e em menor quantidade apareceram crianças com medo, animadas, reclamando de fome e de sede, e duas crianças foram descritas como se nada estivesse acontecendo: *Não demonstrou nada de diferente, ta normal. Acordou morrendo de sono. Mas normal, acordou, foi lá tomar banho, sem resmungar, sem reinar.*

No que confere aos **momentos antes da cirurgia**, pouco menos da metade das mães disse que estavam sendo tranquilos, bem como, pouco menos da metade também relatou que seus filhos estavam nervosos. Uma das mães disse pensar que a filha estava nervosa, porém, não tinha certeza. Em geral, não fizeram menção a si próprias como nos outros grupos. Relataram também que seus filhos fizeram perguntas a respeito de quando iriam para casa, e se a cirurgia demoraria para acontecer.

Poucas crianças estavam tranquilas, sendo que um número considerável de crianças mostrou-se com medo, ocorrendo também casos de crianças que choraram momentos antes da cirurgia: *Ah, ele tá um pouquinho ansioso, como ele não sabe o que vai acontecer, ele fica ansioso. Deve tá sentindo um pouquinho de medo, porque ele não sabe o que espera ele.*

No que se refere às **perguntas momentos antes da cirurgia**, assim como nos outros grupos, referiram-se a dúvidas sobre o momento de ir para a cirurgia, quando ia poder comer, e quantos dias depois poderia brincar. Neste grupo houve comentários diferentes daqueles dos grupos anteriores, tais como, relatos de saudade do irmão que estava em casa, ou ainda, preocupação com as faltas na escola provenientes da cirurgia, preocupação se a mãe iria sair do hospital enquanto a criança fazia a cirurgia, se teria injeção, e se a cirurgia seria feita com faca.

No entanto, cerca de metade das crianças não fez comentário algum, uma criança foi mencionada como tranquila, e outra, a mãe descreveu como bastante quieta, o que a diferia em relação aos outros dias em que não estava nesta situação pré-cirúrgica:

Perguntou se era hoje o dia da cirurgia, onde ia ser e se a mãe ia junto. Daí eu não sei se é para entrar junto, se fica fora, 'a mãe não sabe responder'. Ele perguntou também como ia ser, mas daí como eu não tenho nem noção nem falei nada, eu fico neutra.

5.2.5 Comparação entre os grupos

Pôde-se constatar que independente do tipo de preparação realizado, esta provocou **reações positivas** nas crianças, e poucas foram suas dúvidas após a preparação. Nota-se que nos grupos G1 e G4 foi comum as mães responderem que seus filhos não tiveram reação nenhuma à preparação, lembrando que o G4 não teve preparação nenhuma. Por outro lado, em todos os grupos teve mães que relataram que seus filhos voltaram tranquilos após conversar com os pesquisadores, o que pode denotar que a atividade de avaliação realizada, em si, já pôde ser vista pela criança como tranquilizadora.

Ademais, no G1 observou-se que as crianças fizeram mais comentários sobre o uso do “cheirinho” como anestesia, da possibilidade de sangrar e uma preocupação com a vestimenta do hospital, que por várias vezes, deixou as crianças constrangidas. A menção ao sentimento de felicidade também apareceu nos grupos com exceção do G1, e teve por motivo, questões tais como: poder tomar sorvete, conhecer o centro cirúrgico, ou o fato de o pai colocar internet em casa após a realização da cirurgia.

Ainda, no que concernem às reações, percebeu-se que comentários sobre as vestimentas ocorreram no G1 e no G2, e não nos outros grupos. Foi grande a quantidade de referências ao vídeo por parte das mães do grupo G3, as quais salientaram que seus filhos voltaram para o quarto contando sobre as cenas do vídeo e, em contrapartida, em proporção menor, ocorreram menções ao boneco por parte das mães do G2. Também o G3, foi o único grupo no qual as mães relataram que seus filhos falaram sobre os testes aplicados.

Em se tratando da maneira **como os filhos acordaram**, observou-se que no G3, a maior parte das crianças, conforme relato das mães,

estava tranquila, uma parte delas estava animada, mais da metade das crianças mencionaram a preparação realizada, elencando que tudo estava ocorrendo da forma como lhe fora falado.

No G4, por sua vez, menos da metade das mães relataram que seus filhos estavam tranquilos, contudo, teve relatos de ansiedade e medo, bem como, crianças que reclamaram de fome e sono. A menção à fome também apareceu nos grupos G1 e G3, e a ansiedade apareceu nos grupos G1 e G2.

As mães relataram que seus filhos fizeram perguntas pela manhã em todos os grupos com exceção do G4. Perguntas tais como: se seriam os primeiros a fazer a cirurgia, se ia demorar, que horas iriam para casa, quando poderiam ir à escola, ou onde ficava o centro cirúrgico.

Os **momentos antes da cirurgia** foram marcados por choro, medo, e nervosismo no G4, embora um quarto das mães descrevesse seus filhos como tranquilos neste grupo. O choro e o medo também ocorreram no G2. No G3 apenas uma criança encontrava-se brava, mas pelo fato de ter acordado cedo e uma mãe mencionou que considerava que seu filho não estava entendendo nada. Este tipo de referência também ocorreu nos demais grupos, exceto no G4.

Nos G1 e G2 as mães fizeram autorreferência, considerando-se nervosas, mesmo que não percebessem seus filhos da mesma forma. No G1 as mães não descreveram seus filhos como tranquilos, conforme relatos dos outros grupos, todavia, constatou-se agitação nas crianças, bem como, observou-se que a presença da fome não apareceu. A presença de perguntas sobre o hospital e a cirurgia em geral ocorreu nos G1 e G2.

Ainda no tocante a segunda entrevista com as mães, estas relataram os **questionamentos que seus filhos** fizeram pela manhã antes da cirurgia. No G4 não houve muitas considerações, e neste sentido o que apareceu foi uma criança que relatou ao acordar que estava com saudade de casa. No G3, ocorreram menções ao vídeo assistido, comentários sobre esse, e comparações de que o que estava acontecendo era igual ao que fora assistido. Ainda no G3, houve um caso de uma criança que ia se formar na escola, e sua única pergunta era se poderia participar da formatura, a qual ocorreria dois dias após a cirurgia.

Em contrapartida o que ocorrera no G3 em relação à menção sobre a preparação, as crianças dos outros grupos não fizeram menção à preparação recebida. Em todos os grupos com exceção do G4, as crianças fizeram perguntas referentes a horários, seja de ir para a

cirurgia ou de ir para casa, assim como também reclamaram de fome/sede, e deste modo, questionaram quando poderiam comer ou beber novamente. No G1 houve menções a presença de sangue no nariz, ao banho logo ao acordar, ao sono e ao uso da camisola, no sentido de não querer usá-la, visto que não gostaram do fato de ela ser aberta nas costas.

Embora não fizesse parte dos questionamentos, a maioria das mães referiu-se ao sono de seus filhos, relatando que a maioria das crianças dormiu bem ou não relatou nada sobre o assunto, independente do tipo de preparação que recebeu. Não houve relato de crianças que choraram para dormir, porém, algumas relataram que seus filhos tiveram dificuldade para dormir.

5.3 ANÁLISE DOS DESENHOS DAS CRIANÇAS

Os desenhos analisados nesta pesquisa tiveram por objetivo verificar as memórias das crianças sobre a cirurgia, e foram realizados cerca de quinze dias após a realização da cirurgia na residência da criança, em horário previamente marcado pelos pesquisadores.

Os desenhos foram utilizados para complementar as demais análises, e contextualizar a realidade das crianças frente à situação pré e pós-cirúrgica. Buscou-se analisar os desenhos com o intuito de perceber a capacidade das crianças para desenhar, forma do traçado, conteúdo e harmonia do desenho, levando-se em consideração o gênero e a idade das mesmas, para que não ocorressem discrepâncias no processo de análise, visto que as crianças tinham idades variando entre 6 e 12 anos.

5.3.1 Análise dos desenhos do G1

Em relação ao **traçado dos desenhos**, pôde-se observar que no G1, houve presença de traçados correspondentes à insegurança e ansiedade, revelado através de desenhos com rabiscos e sombreamentos. Também teve a presença de alguns desenhos com traçado pobre, sem detalhes, próximo à fase mais precoce do desenvolvimento da criança.

Com relação ao **conteúdo** observou-se que a maior parte dos desenhos referiu-se ao quarto e ao centro cirúrgico antes da ocorrência da cirurgia. Ademais, desenhos referentes à chegada no hospital, fachada do hospital, cama do quarto, roupa do hospital, trajeto para o centro cirúrgico também ocorreram. Em menor proporção, ocorreu um desenho da família, fora do contexto hospitalar, um desenho relacionado

à preparação, que, em perspectiva, destacou a presença da psicóloga no quarto, seguido “da criança indo ao centro cirúrgico”, “a criança no centro cirúrgico” e “a criança em casa após a cirurgia” (Apêndice 12).

Outro desenho referiu-se a um jogo de cartas (Apêndice 13), o qual foi levado pelo pai da criança com o intuito de passarem o tempo, outro ainda, referiu-se ao banho (Apêndice 14), e outras crianças desenharam os equipamentos cirúrgicos e hospitalares, usados pelas enfermeiras para verificar os sinais vitais no quarto antes e depois da cirurgia (Apêndice 15). Outro caso foi de um desenho em que a criança se desenhava como um bebê na cama do hospital, o que denota regredir sua atual idade, que era de 9 anos.

No que concerne às **diferenças de gênero**, constatou-se que as meninas fizeram desenhos mais detalhados e coloridos, no entanto, não houve diferenças no que se refere ao tipo de cirurgia, seja ela, adenoidectomia, amigdalectomia, postectomia e hérnia. Outra diferença observada foi no quesito **idade**, pois os desenhos de crianças entre 6 a 8 anos foram mais coloridos e expansivos, salvo algumas exceções, conquanto, são mais rabiscados e não muito definidos. Por outro lado, os desenhos de crianças entre 9 e 10 anos não apresentaram tantas cores, mas constituíram-se de uma riqueza de detalhes diversificados. Em contrapartida, os desenhos das crianças entre 11 e 12 anos foram desenhos pobres em detalhes e em cores, embora possuíram um traçado definido, e em alguns casos apresentaram detalhes, porém, em sua maioria, denotaram desenhos com pouca diversidade de conteúdo.

No geral, destacou-se que estes desenhos do G1 trouxeram informações e conteúdo sobre a situação hospitalar, momentos antes da cirurgia, com exceção da criança que desenhava a família e não mencionou em que contexto estava. Observou-se também que os desenhos com figuras humanas eram sem expressão de sentimentos. Outro fator importante foi a presença de rabiscos em metade dos desenhos, o que pode sugerir insegurança.

5.3.2 Análise dos desenhos do G2

A partir da análise do **traçado**, observou-se que no G2, houve presença de traçados correspondentes à insegurança e ansiedade, revelado através de desenhos com rabiscos e sombreamentos. Também teve alguns desenhos com indícios de medo de separação, visto que aparecia a mãe de um lado da folha, e a criança do outro, separados pelo centro cirúrgico.

No que se refere ao **conteúdo**, verificou-se uma variedade de detalhes e situações apresentadas nos desenhos. A maioria dos desenhos fez menção ao centro cirúrgico, e aos profissionais médicos e enfermeiras (Apêndice 16). Em vários desenhos notou-se a criança indo para o centro cirúrgico ao encontro do médico, e em outros apareceu a sala de observação sem a criança, ressaltando-se que estas crianças permaneceram nesta sala, antes de darem entrada no quarto, visto que o hospital estava sem leito disponível para internação no momento em que chegaram. Neste grupo, encontrou-se a maior variedade de situações hospitalares: mãe no centro cirúrgico com a criança; sala de recuperação, com e sem a criança; quarto do hospital com muitos detalhes (pia, televisão, janelas, ar condicionado, banheiro, chuveiro, lâmpada, suporte de soro, cadeiras dos acompanhantes, cobertor). Em alguns desenhos a criança estava presente no quarto e em outros a criança estava ausente e o desenho não constava de figura humana.

Outras situações ocorridas neste grupo foram: desenho do hospital em tamanho grande e a casa, ao lado, em tamanho consideravelmente menor do que o do hospital; quarto do hospital distante da casa da criança; a mãe no quarto esperando a hora do filho ir para o centro cirúrgico; mãe e filha chorando antes de ir para o centro cirúrgico (Apêndice 17); desenhos dos instrumentos cirúrgicos distribuídos pela folha (termômetro, estetoscópio, tesoura, pijama hospitalar, maca e soro, instrumentos estes utilizados na preparação) (Apêndice 18); um desenho apresentando apenas a hérnia que seria operada (Apêndice 19); uma ambulância em frente ao hospital e, ainda; um desenho em que a criança desenhou o contorno de sua mão e ao redor dela, a cama, cadeiras, hospital e portas.

No que concerne a **diferenças de gênero**, assim como no G1, verificou-se que as meninas fizeram desenhos mais detalhados e coloridos do que os meninos, no entanto, não houve diferenças no que se referia ao tipo de cirurgia. Em que pese a **idade**, constatou-se que os desenhos de crianças entre 6 a 8 anos são mais coloridos, salvo algumas exceções, porém são mais rabiscados, e no geral, sem contornos. Os desenhos de crianças entre 9 e 10 anos apresentaram cores mais suaves, detalhes diversos e traçado mais definido. Com 11 e 12 anos as crianças confeccionaram desenhos com pouco uso de cores, e embora com detalhes nos aspectos abordados no desenho, ainda o foram com menos detalhes do que na faixa etária anteriormente citada.

A partir dos desenhos do G2, pôde-se ressaltar que pouco menos da metade dos desenhos apresentou riqueza de detalhes, e em apenas um

desenho observou-se que o contexto retratado referiu-se à situação pós-cirúrgica, pois todos os demais se remetiam ao momento pré-cirúrgico. É evidente, assim como no G1, que estes desenhos trouxeram informações e conteúdo sobre a situação hospitalar nos momentos anteriores à cirurgia, pois apenas uma criança desenhou conteúdo relacionado ao pós-cirúrgico. Os desenhos com figuras humanas apresentaram-se sem expressão de sentimentos, seja felicidade, ou expressão de outros sentimentos, e, além disso, ressalta-se que muitas crianças se desenharam dormindo. Outro fator importante foi a presença de rabiscos em pouco menos da metade dos desenhos, o que pode sugerir, assim como ocorrido no G1, presença de insegurança.

5.3.3 Análise dos desenhos do G3

Com relação ao **traçado dos desenhos** do G3, observou-se que houve presença de alguns traçados correspondentes a insegurança, revelado através de desenhos com rabiscos. Porém, neste grupo não se evidenciaram indicativos de ansiedade ou medo, conforme relatos das crianças. Mais da metade dos desenhos teve boa qualidade gráfica, sem a presença de rabiscos, com contornos definidos e precisos.

Com relação ao **conteúdo** observou-se que a maior parte dos desenhos referiu-se ao centro cirúrgico e ao quarto do hospital após a realização da cirurgia, com muitos detalhes, tais como cama, poltrona do cuidador, pia, televisor, ar condicionado, janelas e lâmpadas. Pode-se observar que, em um desenho apareceu o sangue na situação pós-cirúrgica, no entanto, a criança que confeccionou este desenho sofreu um acidente de carro ao sair do hospital no trajeto para casa, e em virtude disso teve que retornar ao hospital devido a um sangramento (Apêndice 20). Uma grande parte das crianças deste grupo, fez menção em seus desenhos, às atividades de preparação realizadas pelos pesquisadores (Apêndice 21). O centro cirúrgico também foi desenhado algumas vezes, com riqueza de detalhes, tais como: vidros que separam o centro cirúrgico da sala de recuperação, luzes, imagens das paredes do centro cirúrgico e equipamentos.

Neste grupo, ainda se observou os desenhos em perspectiva, os quais mostravam o quarto hospitalar, o centro cirúrgico, e por fim, a casa. Nestes casos, tanto teve desenhos que denotavam que as crianças estavam felizes, como desenhos em que não havia figura humana. Outros, não trouxeram a casa, mas sim, o centro cirúrgico seguido da sala de recuperação, enfatizando que o desenho se remetia ao momento

após a cirurgia e as crianças estavam felizes por isso. Houve desenhos que enfatizaram a mãe e a criança saindo do hospital, felizes (Apêndice 22). Outras situações trazidas nos desenhos foram: a mãe esperando a criança voltar do centro cirúrgico com expressão de felicidade, e a criança chegando ao quarto chorando pelo efeito da anestesia (Apêndice 23), como fora mencionado por ela mesma, a comparação entre o quarto da criança e o quarto do hospital, também com expressão de felicidade.

Ademais, no que concerne a **diferenças de gênero**, pôde-se verificar que as meninas fizeram desenhos mais detalhados e coloridos do que os meninos, no entanto, não houve diferenças no que se referia ao tipo de cirurgia. No que tange a **idade**, notou-se que os desenhos de crianças entre 6 a 8 anos foram mais coloridos, salvo uma exceção, rico em detalhes, e não se observou presença de desenhos rabiscados, apesar da pouca idade e de serem comuns os rabiscos nesta faixa etária. Os desenhos de crianças entre 9 e 10 anos apresentaram cores mais suaves, riqueza de detalhes e traçado mais definido. Com 11 e 12 anos as crianças confeccionaram desenhos com contornos, uso de cores, também com riqueza de detalhes, e os desenhos que não apresentaram cores, mostraram-se minuciosos nos detalhes, com riqueza de informações nos aspectos abordados no desenho.

A maioria dos desenhos do G3, portanto, apresentou riqueza de detalhes, independente da faixa etária, e a maioria dos desenhos se remeteu ao momento pós-cirúrgico, à volta para casa e à preparação psicológica realizada. Foram poucos os desenhos sem figura humana, e quase todos apresentaram expressão de felicidade.

5.3.4 Análise dos desenhos do G4

A partir da análise do **traçado do desenho**, observou-se que no G4, quase todos os desenhos mostraram a presença de traçados correspondentes à insegurança e ansiedade, revelados através de desenhos com rabiscos e sombreamentos. Também teve alguns desenhos com indícios de medo do procedimento a que seriam submetidos.

Com relação ao **conteúdo** observou-se que a maior parte dos desenhos referiu-se ao hospital e à casa antes do procedimento cirúrgico. Em geral o hospital e o centro cirúrgico foram desenhados com detalhes, tais como: luzes, camas, poltronas, pia, equipamentos cirúrgicos, televisor, ar condicionado, portas e janelas. Em alguns desenhos deu-se ênfase à porta do hospital em tamanho grande, ao lado da porta do quarto em tamanho consideravelmente menor. Além disso, desenhos

referentes aos equipamentos cirúrgicos; a criança no quarto antes de ir para o centro cirúrgico, a criança no quarto em tamanho menor do que realmente o é, e a criança indo para o centro cirúrgico também ocorreram. Outros desenhos trouxeram menção à presença de sangue e de comida no quarto (Apêndice 24). Em menor proporção notou-se desenhos que se referiam a duas situações, tais como, a casa da criança seguida do hospital (Apêndice 25) e o quarto do hospital seguido do centro cirúrgico (Apêndice 26). Uma criança desenhou o pesquisador aplicando os testes.

Vale ressaltar que em alguns desenhos mais de uma das situações citadas acima, ocorreram simultaneamente, isto é, o desenho que mostrava a criança no quarto antes de ir para o centro cirúrgico, também apresentou a criança em tamanho menor (Apêndice 27), ou o desenho que mostrava o quarto em detalhes elucidava também a situação na casa antes de ir para o hospital.

Além disso, no que concerne a **diferenças de gênero**, pôde-se verificar que as meninas confeccionaram desenhos mais detalhados e coloridos do que os meninos, no entanto, não houve diferenças no que se referia ao tipo de cirurgia. No referente à **idade**, notou-se que os desenhos de crianças entre 6 a 8 anos foram coloridos, porém, salvo uma exceção, todos com muitos rabiscos e sombreamentos. Os desenhos de crianças entre 9 e 10 anos também foram coloridos, com menos rabiscos e em geral com o traçado mais definido. Com 11 e 12 anos as crianças confeccionaram desenhos com contornos, uso de cores suaves, riqueza de detalhes, e ausência de rabiscos.

Deste modo, os desenhos do G4, em geral, tiveram uso de cores, em sua maioria, com apresentação de rabiscos e sombreamento, e com menção significativa aos momentos antes da cirurgia. Neste grupo não apareceram desenhos sem figura humana, e o conteúdo em todo o grupo foram aspectos do hospital e do centro cirúrgico.

5.3.5 Comparação entre os grupos

Pôde-se constatar, após uma análise geral dos desenhos, os quais tiveram por objetivo verificar as memórias das crianças sobre a cirurgia, que todos os grupos retrataram a condição de hospitalização e cirurgia, e trouxeram detalhes sobre os aspectos relacionados a esta temática.

Notou-se que houve diferenças no **traçado do desenho**, no que diz respeito a cores, harmonia e preenchimentos, de acordo com a idade das crianças, porém essa diferença não ocorreu devido ao tipo de

preparação recebida, visto que no geral, em todos os grupos, os desenhos de crianças da mesma faixa etária se assemelharam. Em todos os grupos no que tange a **idade**, as crianças mais velhas tiveram uma tendência a habilidades mais refinadas para representar o conteúdo dos desenhos, e as crianças mais jovens fizeram desenhos mais coloridos. Por outro lado, as crianças mais velhas pareceram não se dedicar tanto ao desenho, pois são desenhos rápidos, simples e com poucas cores. Nas crianças mais jovens, por outro lado, houve uma tendência aos rabiscos, pouca definição de traçados, e ausência de contornos, no entanto, o processo de confecção do desenho é mais demorado, e elas o fazem com mais dedicação e empenho.

Em se tratando de **gênero** e tipo de cirurgia observou-se que não houve diferenças entre os grupos, e o que se notou é que as meninas fazem desenhos com mais detalhes, cores e minúcias, e os meninos confeccionam desenhos mais simples, sem muitos detalhes e cores. O que diferenciou foi o conteúdo dos desenhos, e os relatos que as crianças trouxeram sobre a experiência com desenhos.

O que se destaca na análise dos desenhos é que os grupos G1, G2, e G4 trouxeram **conteúdo** referente ao momento que antecedia a cirurgia, seja indo para o hospital, o próprio hospital, o quarto do hospital ou o centro cirúrgico. Já o G3 trouxe desenhos relacionados à situação pós-cirúrgica, seja ainda no centro cirúrgico, no quarto, ou na situação de voltar para casa. Neste grupo ainda foram observados desenhos em perspectiva, os quais trouxeram as situações, desde a ida ao hospital, a cirurgia e a volta para casa.

Outra diferença entre os grupos referiu-se à quantidade de crianças que fizeram desenhos sobre a preparação psicológica recebida no G3. No G4 apenas uma criança fez esta referência e vale lembrar que este grupo não recebeu a preparação, então a menção foi à aplicação dos testes. No G1 também teve apenas um desenho que fez menção à preparação, mostrando-a num desenho em perspectiva, ou seja, que trouxe também outras situações. Notou-se também que, apesar de que na faixa etária dos 6 aos 8 anos a tendência foi de que os desenhos fossem mais rabiscados, no G3, mesmo nessa faixa de idade, isso não ocorreu.

No que diz respeito à expressão de sentimentos nos grupos, verificou-se que no G3 a maior parte dos desenhos apresentava crianças sorrindo, demonstrando felicidade, conquanto, isto não fora observado nos demais grupos, nos quais os desenhos com figura humana eram sem expressão de sentimentos. O choro apareceu no G3 em um desenho em que a criança mencionou a preparação, na qual fora falado que a

anestesia poderia causar choro na volta da criança para o quarto, e foi assim que a criança desenhou o choro, como efeito da anestesia, porém, nos outros grupos o choro apareceu como característica de medo frente à cirurgia.

Em relação ao sangue, notou-se que apareceu com frequência no G4, e não apareceu nos demais grupos, especialmente no que diz respeito ao sangue devido a ocorrência da cirurgia.

Observou-se também que, em relação à qualidade do traçado, independente da faixa etária, em todos os grupos com exceção do G3, metade ou mais da metade dos desenhos apresentaram rabiscos e sombreamentos, o que pode sugerir ansiedade e insegurança. Além disso, o medo apareceu apenas nos grupos G2 e G4, mas com entonações diferentes, no G2 apareceu como medo de separação da mãe e no G4 como medo da cirurgia.

Pôde-se notar que no G1 e no G4 ocorreram desenhos em que a criança se desenhou como um bebê no quarto do hospital e este tipo de desenho não ocorreu nos G2 e G3. Ademais, pode-se afirmar que os desenhos do G3 apresentaram melhor qualidade de traçado, menos rabiscos, desenhos com contorno, harmoniosos e riqueza de detalhes em todas as faixas etárias. Nos outros grupos, houve uma maior discrepância entre as faixas etárias, e a riqueza de detalhes ficou mais destacada a partir dos 9 anos de idade.

A partir do exposto, verificou-se que em todos os grupos as crianças demonstraram em seus desenhos que têm memórias sobre o que ocorreu no hospital, seja da preparação, do hospital, do centro cirúrgico, do quarto ou dos colegas de quarto. O que difere é o enfoque que é dado à situação da cirurgia, a maneira como lembram e como expressam isso através do desenho.

5.4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM AS CRIANÇAS

A entrevista com a criança foi realizada cerca de quinze dias após a cirurgia, dia em que foi confeccionado o desenho. Seu objetivo foi investigar as memórias das crianças após a preparação e posterior cirurgia, as eventuais dúvidas que tiveram e como foram os momentos anteriores e posteriores à cirurgia.

As respostas foram divididas em quatro grupos, de acordo com o tipo de preparação realizada, para que se pudesse comparar os grupos.

Utilizou-se para análise das respostas, as seguintes categorias: lembranças sobre o dia que foi para o hospital, lembranças sobre a

cirurgia, lembranças sobre a conversa com a pesquisadora, o que sentiram após a cirurgia, reações após a cirurgia, se perguntaram algo para sua mãe, volta para casa, recuperação e se tinham algo a falar sobre a cirurgia.

5.4.1 Análise das entrevistas do G1

No G1 pôde-se notar que a maioria das crianças lembrava que havia conversado com a pesquisadora no hospital. Uma criança mencionou não lembrar, duas relataram “*mais ou menos*” e uma comentou que se lembrava de pouca coisa.

No que diz respeito a **lembranças sobre o dia que foi para o hospital**, notou-se que a maioria das crianças se referiu à existência de pessoas e crianças, e do quarto do hospital. Um quarto das crianças mencionou que não se lembravam de nada, porém, fizeram relatos. *Eu não lembro de nada, só que eu fiquei num quarto que tinha três camas e poltronas* (Menino, 8 anos, A+AD).

Por outro lado, duas crianças relataram que se lembravam de tudo, e descreveram o que ocorreu no hospital, desde a chegada: exames iniciais, subida ao quarto, leito, colegas, enfermeiros, banho, TV, camisola hospitalar, dormir à noite, ida ao centro cirúrgico até voltar para casa. Em menor proporção apareceram respostas referentes a desenhos na parede do centro cirúrgico, lembranças da pesquisadora, equipamentos hospitalares, comida, mãe, enfermeiros e cirurgia.

Na pergunta **lembranças sobre a cirurgia**, a maior parte das crianças referiu o “cheirinho” e relatou que dormiu e não viu nada. Algumas crianças pontuaram que não se lembravam de nada, outras que ficaram zonzas, que tiveram reações à anestesia, que viram outra criança entrando no centro cirúrgico após a cirurgia, eletrodos no peito, gravuras nas paredes do centro cirúrgico, médico no centro cirúrgico, luzes, que a cirurgia foi rápida e quando acordou já tinha sido feita.

Observou-se que algumas crianças responderam o que lembravam sobre o hospital e não sobre a cirurgia, e para tanto, enfatizaram a lembrança do quarto, e duas crianças pontuaram, em dois dias diferentes, que passaram fome antes da cirurgia, visto que estavam num quarto em que eram as únicas que fariam a cirurgia. Todos estavam comendo, e elas não podiam fazê-lo. Duas crianças relataram que se lembravam de tudo e relataram o que lembravam desde o momento da entrada no centro cirúrgico. *Lembro que me colocaram embaixo de um*

negócio de luz que tinha um monte de coisa e um monte de foto (Menino, 10 anos, P).

No que diz respeito a **lembranças sobre a conversa com a pesquisadora**, quase metade das crianças relatou que se lembrava das perguntas a que tiveram que responder. Algumas crianças relataram que não se lembravam de nada e duas crianças falaram que não sabiam. Outras respostas fizeram menção ao fato de que fora falado que a anestesia podia causar reações, duas crianças mencionaram a camisola, uma delas relatou que a sua camisola tinha ficado pequena e a outra que no hospital só havia camisolas para crianças e por isso os adultos não podiam entrar no centro cirúrgico. Ainda teve crianças que relataram o “cheirinho”, a presença de sangue, o banho e algumas crianças comentaram que lembravam, mas não sabiam dizer. *Que tu me desse um, que tu escrevesse ali num papel, pra mim dizer que se, é nunca, ou é, nunca, as vezes, e só isso* (Menina, 7 anos, HI).

Ao serem indagadas sobre **o que sentiram após a cirurgia**, a maioria das crianças relatou a dor, seguida de sede ou fome. Outras crianças fizeram referência ao choro, tontura, dificuldade para salivar e a falta da família, da professora e dos colegas. Uma criança não lembrava e três não sentiram nada. *Um pouco de dor, mas não tive vontade de chorar não* (Menino, 10 anos, P).

No que concerne a **reações após a cirurgia**, menos da metade das crianças afirmaram que não tiveram nenhum tipo de reação e a maior parte respondeu que teve. Algumas crianças responderam fome e outras falaram que estavam com a “garganta quente”. Duas crianças relataram vômito, outras duas relataram o choro, e uma criança falou que não lembrava de nada, embora a mãe tivesse lhe contado que havia gritado ao acordar.

As crianças também responderam se **perguntaram algo para sua mãe** assim que acordaram, e a maioria respondeu que não. Algumas respostas trouxeram perguntas tais como, se a mãe entrou no centro cirúrgico, quando o pai viria, quando iria embora ou se ficou bravo após a cirurgia e não lembra, tal como fora falado na preparação. Perguntas se já podia comer também ocorreram. Houve relatos de crianças que acordaram e falaram para a mãe que estavam sentindo falta das amígdalas, bem como, uma criança relatou que esqueceu e outra disse que não falou nada, apenas queria tentar andar após a cirurgia de hérnia.

Ao serem indagadas sobre a **volta para casa**, a maioria das crianças relatou que foi tranquila, embora existisse a dor. A maior parte das crianças exemplificou a volta para casa com situações positivas, e as

respostas variavam entre a importância de ter visto a família, tomar sorvete e iogurte, voltar a dormir na própria cama. Algumas crianças reclamaram do fato de não poder andar de bicicleta ou fazer todas as atividades normalmente. Teve crianças que não deram muitos detalhes, apenas relataram que foi “tudo bem”. Por outro lado, teve crianças que apresentaram situações negativas, tais como cansaço, vômito na ida para casa e em casa, dor, e demora em voltar para casa. Uma situação ainda trouxe o fato de a criança falar que queria voltar para o hospital, alegando ser melhor que sua casa e a simpatia das enfermeiras.

Sobre a **recuperação**, metade das crianças afirmou que a recuperação estava boa, e algumas destas falaram que já havia encerrado o tratamento com os remédios. Algumas crianças estavam felizes porque já podiam comer de tudo, e um garoto afirmou que estava usando cuecas, visto que no pós-operatório da cirurgia de postectomia, ele teve dor. Como a cirurgia de hérnia requer um período maior no hospital, devido ao corte, algumas crianças submetidas a este procedimento descreveram a impossibilidade de pular, embora, considerassem a recuperação boa. Uma criança relatou que não sabia e outra relatou que “tudo estava 100%”, e descreveu que estava dormindo melhor, comendo melhor e que a voz estava mais bonita.

A última questão referia-se a existência de **algo a falar sobre a cirurgia**, e a maioria das crianças respondeu que não havia nada a falar, ou não lembrar de nada. Dentre as que falaram, houve relatos de felicidade porque haviam melhorado, relatos de que não havia nada a declarar, embora falou que não lembrava da máscara que fora mencionada na preparação e outra ainda comentou que não podia gritar. Houve uma criança que fez uma pergunta, referente a quanto tempo levaria para ela conseguir fazer tudo normalmente e outra, comentou que gostaria de ir para o hospital com a pesquisadora a fim de ajudar nas atividades. *Não, mas foi legal e eu posso te ajudar a fazer isso. Arranjar mais amigos e acalmar as crianças”* (Menino, 12 anos, AD).

5.4.2. Análise das entrevistas do G2

No G2 pôde-se observar que a maioria das crianças lembrava que havia conversado com a pesquisadora no hospital, e duas crianças falaram que não lembravam nada.

Referente a **lembranças sobre o dia que foi para o hospital**, pouco menos da metade das crianças pontuou que se lembrava das crianças no quarto e dos móveis do hospital, tais como: sofá, cama e

mesa. Algumas crianças relataram não se lembrar de nada, conquanto, fizeram alguns relatos, e uma criança falou que não lembrava nada, sem a existência de relatos. Por outro lado, duas crianças se lembravam de tudo e descreveram todos os momentos que passaram no hospital com detalhes. Vários outros comentários foram feitos em alusão a esta pergunta, como por exemplo, a lembrança de que a pesquisadora foi conversar, a lembrança do elevador e das enfermeiras, do quarto, da hora de dormir, do banho, da comida, sendo relatada como boa, o fato de ter acordado cedo, o “cheirinho”, a mãe ficar esperando, a espera demorada para ir ao centro cirúrgico, menção ao fato de o hospital ser grande. Uma criança relatou que se lembrava de uma menina que estava no mesmo quarto e que havia sido atropelada, e outra criança relatou que gostaria de voltar para o hospital, visto que ele era melhor que sua casa. *Eu lembro que o hospital é grande, de quase tudo, eu dormi num quarto com três camas, uma tava sem colchão. A televisão não ligava e desligou sozinha, e que eu fiz a cirurgia e fim* (Menino, 6 anos, A+AD).

Na questão **lembranças sobre a cirurgia**, a maior parte das crianças referiu o “cheirinho”, a dor e relatou que dormiu e não viu nada. Algumas crianças esqueceram tudo. Outras respostas referiram-se a encontrar muitas pessoas no centro cirúrgico, a entrada no centro cirúrgico, médicos, outras crianças, os eletrodos colocados no peito, maca, soro, vontade de tomar água, choro e o fim da cirurgia, momento em que se questionou se a mesma já tinha ocorrido.

Só lembro de uma parte, assim ó, eu fui e entrei no elevador, daí tinha um monte de coisa, eles botaram aquelas coisas assim em mim, no meu braço e no meu peito, e depois botaram assim uma coisa grande no meu rosto, e mandaram eu encher, e eu não conseguia encher e depois eu não se lembro de mais nada (Menino, 6 anos, HI).

No que diz respeito a **lembranças sobre a conversa com a pesquisadora**, metade das crianças relatou que lembrava dos testes aplicados, os quais foram por ela denominados como “perguntas”. Algumas crianças relataram não se lembrar de nada, porém, estas crianças relataram a presença da boneca, a retirada da amígdala ou a maca. Outras duas crianças relataram não saber. Muitas crianças também falaram sobre a roupa da boneca, a qual tinha sido citada e mostrada durante a preparação, e o uso de brinquedos referentes ao boneco usado na preparação, especialmente no que tange ao

estetoscópio e sua ausculta no boneco. Outras referências ao uso de remédio também ocorreram. Uma criança deu detalhes de tudo que tinha sido realizado durante a preparação, desde a chegada da pesquisadora no quarto, a aplicação de testes e o uso do boneco. Uma criança fez menção de que a atividade realizada explicou exatamente tudo como havia ocorrido, e proporcionou a ela saber tudo antes. *Hum. Da boneca, que eu coloquei a roupinha nela, que ouvimos o coração dela, sentimos o ouvido, colocamos o negócio no rosto dela* (Menino, 7 anos, P).

Sobre o questionamento **o que sentiram após a cirurgia**, a maioria das crianças relatou a dor, seguida de sono e boca seca. Outras crianças fizeram referência ao gosto de sangue na boca e a preguiça. Uma criança questionou por que a pesquisadora não estava no centro cirúrgico ao responder esta pergunta, alegando ter sentido falta da mesma. Uma criança relatou não ter sentido nada. *Dor. Acho que não sei ...acho que foi só dor* (Menina, 12 anos, A).

No que se refere a **reações após a cirurgia**, metade das crianças afirmou que não teve nenhum tipo de reação e a maior parte respondeu que teve dor e choro. Algumas crianças responderam fome, vômito e gosto de sangue na boca.

No que concerne a se **perguntaram algo para sua mãe**, a maioria respondeu negativamente. Poucas foram as perguntas feitas, e as que foram se referiram a saber quando iria embora, ou ainda, com maior frequência, se a cirurgia já tinha ocorrido. Poucas crianças enfatizaram que não se lembravam de ter perguntado algo.

Ao serem indagadas sobre a **volta para casa**, mais da metade das crianças relatou ter sido tranquila, sendo que algumas crianças reclamaram por ter sentido dor. Mais da metade das crianças fez menção a saída do hospital, alegando que o pai ou o tio foi buscar, que voltou para casa no final do dia da cirurgia, ou ainda que voltou dormindo. Uma criança relatou que estava com muita fome do momento em que voltou para casa e outra criança contou que embora tivesse sido internada para fazer as cirurgias de adenóide e de amigdalectomia, ela não pôde tirar as amígdalas, e por isso, tinha ficado triste.

O médico disse que eu tinha um problema que eu não podia tirar as amígdalas, então ele só fez a adenóide, porque se ele tirasse as amígdalas eu ia ficar fanha, e entre ficar fanha e não tirar as amígdalas eu prefiro não tirar (Menina, 8 anos, AD).

Sobre a **recuperação**, mais da metade das crianças afirmou que a recuperação estava boa, e a justificativa para tal, na maioria dos casos era porque podia comer melhor. Uma criança submetida a cirurgia de hérnia comentou que nos primeiros dias foi difícil levantar, assim como outras crianças submetidas a outras cirurgias também reclamaram da dor nos primeiros dias, porém, afirmaram que logo passou. Outra colocação era o fato de a mãe não deixar brincar nos primeiros dias, mesmo se sentindo bem.

Por fim, tem-se a questão sobre a existência de **algo a falar sobre a cirurgia**, e a maioria das crianças respondeu que não havia nada a falar, sendo que uma falou que não sabia. Dentre as que falaram, teve uma menina que relatou ter ficado mal por não ter tirado as amígdalas, porém entendia que era preferível a ficar fanha. E outra criança relatou que foi “tudo legal” no hospital, sem entrar em maiores detalhes. *Ah sei lá, eu queria mais que pudesse ter tirado as amígdalas porque ela me incomoda muito, mas se fosse pra ficar fanha não vou tirar* (Menina, 8 anos, AD).

5.4.3. Análise das entrevistas do G3

No G3 pôde-se observar que todas as crianças lembravam que haviam conversado com a pesquisadora no hospital, e relataram que houve muita bagunça no quarto do hospital, que se lembravam do vídeo assistido e das bolinhas preenchidas na escala de stress.

Sobre as **lembranças do dia que foi para o hospital**, a maior parte das respostas referiu-se à preparação realizada, com ênfase para o vídeo e às perguntas respondidas. Ainda no que diz respeito à preparação, relataram as reações que a pesquisadora falou que podiam ocorrer, bem como o fato de a cirurgia ser simples e rápida. Uma criança disse que não lembrava, no entanto, relatou situações vivenciadas no hospital, tais como a ida para o centro cirúrgico e o fato de a mãe ficar esperando. Algumas crianças pontuaram a existência de muitas pessoas, e outras relaram que lembravam tudo que aconteceu no hospital, desde sua chegada até sua saída, com riqueza de detalhes.

Foi possível averiguar que poucas crianças destacaram o uso do “cheirinho” e a questão do choro, mas o fizeram em relação às enfermeiras e aos procedimentos realizados por elas com frequência, como o uso do termômetro e a ausculta. Identificou-se que muitas crianças destacaram a lembrança do hospital apenas falando o que acharam “*Eu gostei da experiência, foi tudo legal*” (Menino, 6 anos, P).

Por fim, outras crianças contaram que não puderam comer, que havia muitas luzes no hospital e que foram ao hospital a fim de cortar e colar as amígdalas. *Tu botou aquele vídeo do médico no computador. Eu lembro que nós fizemos perguntas de ‘mais’, ‘menos’ e ‘algumas vezes’; daí tu foi pegou o computador botou o vídeo e eu fiquei vendo”* (Menino, 6 anos, P).

Concernente às **lembranças sobre a cirurgia**, todos destacaram a ida ao centro cirúrgico e os momentos pós-cirúrgicos imediatos. Com exceção de uma criança que não se lembrou de nada, as lembranças em geral, focaram na forma como acordaram, descritas por elas, como, “capotadas”, com dor na barriga, olho embaçado, agulha no soro, remédio para dormir e luzes no rosto. Outros relatos trouxeram a lembrança de que o pai foi junto até a entrada do centro cirúrgico, e o trajeto percorrido desde o quarto até o centro cirúrgico, passando pelo corredor, na maca, dentro do elevador, e encontrar os médicos. Uma criança explicou em detalhes tudo que aconteceu no centro cirúrgico, de acordo com sua lembrança.

Eu me lembro que eu fiquei no quarto, não me lembro que eu fiz bobíça, que a mãe na hora da cirurgia foi lá embaixo comigo, que lá eu vi a Camille, que ela tava chorando, ela tava lá chorando...e depois ela voltou e eu me lembro que eles botaram um negócio no meu rosto pra eu ficar respirando pelo nariz, tipo um nebulizador, depois da cirurgia eu lembro que eu tava chorando e eles perguntaram se eu queria a mãe e eu disse que sim, daí eles me levaram até a mãe e depois eu não me lembro de mais nada. A última coisa que eu lembro é do tubinho e eu pedindo pela mãe. Não sei explicar porque eu chorava. Eu tava com dor também, mas eu lembro que tu falou que podia chorar (Menino, 10 anos, AD).

No que diz respeito a **lembranças da conversa com a pesquisadora**, as crianças enfatizaram o vídeo assistido, contando detalhes do mesmo, como por exemplo, o menino que fez a cirurgia e o médico disponibilizando informações. Duas crianças contaram tudo que a pesquisadora falou com detalhes, desde a chegada ao quarto, até os testes e o vídeo, inclusive contando como seria a cirurgia e as reações que poderiam acontecer, tais como vômito, choro, e esquecer o que poderia fazer devido a anestesia. Algumas crianças destacaram algumas frases que continha nas escalas: *Eu lembro de um negócio que tu falou*

de 'brigar com os amigos' (Menina, 6 anos, A+AD). Uma criança relatou que tudo relatado pela pesquisadora, realmente havia acontecido.

Que era uma cirurgia simplesinha, do vídeo, que não ia acontecer nada de...nada de...que não era pra eu ficar nervoso que a cirurgia ia ser... que não ia acontecer nada de grave, que não tinha nenhum perigo, e que eu respondi as perguntas pra ver se eu tava calmo e você mostrou tudo no vídeo como era (Menino, 10 anos, P).

No referente **ao que sentiram após a cirurgia**, a maioria das crianças relatou a dor, seguida de crianças com relatos de que não haviam sentido nada. Outras crianças fizeram referência ao medo de comer, frio, dificuldade para abrir o olho, tontura e curativo. *Eu queria tomar água, queria a mãe e meu olho não tava abrindo* (Menino, 8 anos, HI).

No tocante a **reações após a cirurgia**, metade das crianças afirmou não ter nenhum tipo de reação e a maior parte das que teve reação respondeu dor e choro. No entanto, uma das crianças que se referiu à dor, o fez em relação à dor no braço em decorrência da agulha do soro ter escapado. Ainda teve menção a enjoos, e uma criança relatou não saber o que fazer, pois tinha acordado muito agitada.

No que tange a se **perguntaram algo para sua mãe**, a maioria respondeu negativamente. Poucas foram as perguntas feitas, e as que foram se referiram a saber se ainda iria doer muito tempo; se podia tomar água; quando iria embora; se ia ganhar a pipa igual o menino do vídeo; como a maca andava sobre rodas; e teve também perguntas de crianças que pediram pra ver o local no qual a cirurgia tinha sido feita, seja na garganta, pois não é visível, ou na barriga, no caso das cirurgias de hérnia. Uma criança afirmou ter perguntado para sua mãe se havia falado muita besteira, visto que esta informação fora passada na preparação. Algumas crianças reclamaram de dor e outra criança falou que não havia perguntado nada, mas sua mãe fez-lhe perguntas quando acordou, e esta mesma criança afirmou que sua mãe havia dito que ela tinha ficado muito agitada.

Ao serem questionadas sobre a **volta para casa**, mais da metade das crianças relatou ter sido tranquila, sendo que algumas crianças reclamaram de dor. Mais da metade das crianças relatou a saída do hospital, e se descreveram como sonolentas. Algumas crianças relataram saudades da família e por isso estavam felizes em voltar para casa, bem

como, o fato de poder tomar sorvete também foi lembrado, e se encontravam felizes por isso. Três crianças diferentes relataram coisas ruins ocorridas na saída do hospital, tais como, vômito no trajeto para casa, dor, e dificuldade para andar. Um caso atípico, foi de uma criança que passou por uma complicação, visto que quando saíram do hospital, se envolveram em um acidente de trânsito, o que ocasionou na volta da criança para o centro cirúrgico, em decorrência do rompimento de um vaso sanguíneo no local da cirurgia.

Em que pese a **recuperação**, a maioria das crianças afirmou que a recuperação estava boa. As demais crianças destacaram o fato de que a cirurgia já tinha acabado e que tudo já havia voltado ao normal.

No que diz respeito a existência de **algo a falar sobre a cirurgia**, menos da metade das crianças se eximiu de fazer qualquer comentário. Dentre os comentários realizados, referiram-se a preparação, como sendo algo bom, que ajudou, tranquilizou e preparou para a cirurgia. Algumas crianças fizeram perguntas, tais como, que tipo de cola foi usada para colar a garganta e se já podia fazer tudo. Outras crianças fizeram afirmações, tais como: um menino que havia feito a cirurgia dois dias antes de sua formatura escolar, quis comentar que conseguiu ir à formatura, visto que não sabia se conseguiria e também não tinha como mudar a data, pois já estava esperando um tempo pela cirurgia. Outro menino disse que o médico brincou com ele no centro cirúrgico *Ele me chamou de vascaíno, mas eu não sou, você pode contar pra ele? Eu não lembro de ter falado*” (Menino, 10 anos, AD). Outras crianças comentaram estar comendo melhor, uma criança se ofereceu para ajudar a pesquisadora a tranquilizar as crianças no hospital, e outra comentou que a mãe falara que ela havia gritado após a cirurgia, porém, não se lembrava. Por fim, duas crianças falaram que gostariam de falar algo, conquanto, haviam esquecido. *Não tenho nada pra falar, mas foi bom você ter ido lá falar comigo antes. Ah...e eu nem to roncando mais...* (Menino, 10 anos, AD).

5.4.4. Análise das entrevistas do G4

No G4, notou-se que quase todas as crianças lembravam que haviam conversado com a pesquisadora no hospital, uma criança relatou que achava que lembrava e outra disse não lembrar.

Em relação às **lembranças do dia que foi para o hospital**, a maior parte das respostas referiu-se aos instrumentos cirúrgicos e hospitalares, tais como, máscara e aparelho de auferir a pressão

sanguínea, a amizade com os colegas de quarto e a comida do hospital, sendo descrita como saborosa, e vista como motivo para não querer ir embora do hospital. Neste caso da criança que se lembrou da comida, a mesma respondeu não se lembrar de nada, porém, fez relatos sobre a comida. Em menor proporção, as crianças referenciaram a estrutura hospitalar, descrevendo o quarto, a cama, a escada e o sofá. As crianças também referenciaram o jejum, o medo da cirurgia, o remédio para dormir, a equipe médica, a dor, o roteiro percorrido desde a chegada ao hospital e as perguntas realizadas pela psicóloga.

Ah, eu lembro, a gente foi para o quarto e daí tinha umas meninas lá e a gente brincou. A gente comeu também, batata, carne, arroz e umas coisas assim e eu acho que mais alguma coisa, e tomate. Eu lembro que as enfermeiras colocaram uma coisa no braço pra medir (Menina, 7 anos, A+AD).

No que tange às **lembranças sobre a cirurgia**, a maior parte das crianças relatou não lembrar nada. As que tiveram lembranças, o fizeram em relação ao remédio pra dormir, descrito como “balãozinho”, e a máscara cirúrgica. Outras crianças se referiram à maca na qual foi para o centro cirúrgico, médicos, dor, sangue, e o fato de ter acordado zozinho. *Que eu cheirei um negócio. E quando eles me deram a anestesia eu fiquei com medo. Daí eu enchi um balãozinho que era pra não doer. E eu tomei um líquido antes da anestesia que era vermelho* (Menina, 9 anos, AD).

No tocante **ao que sentiram após a cirurgia**, mais da metade das crianças relatou dor, seguida de choro, sono e ausência de lembranças sobre as reações. Outras respostas trouxeram a agitação, sangue na boca, acordar com tontura, ou ainda, relataram que acordaram bem, e já no quarto. Houve um relato de criança que não teve reação alguma, e outro relato de uma criança com medo de comer, porém, a mãe relatou que ele chorava muito e dizia que ia morrer. *Tive um pouco de dor de garganta. Eu acordei bem e tava um pouco agitada porque essa foi a primeira cirurgia; daí eu dormi bastante depois quando acordei eu chorei* (Menina, 7 anos, A+AD).

No tocante a **reações após a cirurgia**, metade das crianças afirmou que não tiveram nenhum tipo de reação e a maior parte das que teve reação relatou a dor. No entanto, notaram-se respostas relacionadas a gosto de sangue na boca, e menção a ter acordado bem. Em menor ocorrência, as crianças referiram vômito, curiosidade sobre o local da

cirurgia, tontura e nervosismo. Menos da metade das crianças relatou não saber ou não lembrar.

Em relação a se **perguntaram algo para sua mãe** assim que acordaram, a maioria respondeu negativamente. Poucas foram as perguntas feitas, e as que foram se referiram a saber quando iria embora, se a cirurgia tinha corrido bem, se podia beber algo, ou usar chupeta, onde tinha acontecido a cirurgia, e quando o pai chegaria. Poucas crianças relataram que não se lembravam de ter perguntado.

Na pergunta referente a **volta para casa**, mais da metade das crianças relatou ter sido tranquila, e ter gostado do hospital. Respostas relacionadas a dor, saudades da família, e querer voltar rápido para casa também ocorreram. Houve também uma criança que relatou preferir o hospital devido a qualidade da comida.

Sobre a **recuperação**, mais da metade das crianças relatou estar sendo boa, sem ter sentido nada de ruim e uma criança considerou a recuperação ruim, por não poder brincar. Algumas crianças, embora relatassem que a recuperação estava sendo boa, em contrapartida, alegaram que ainda não podiam andar de bicicleta pois estavam com dificuldade para andar. Outras crianças relataram dor nos primeiros dias, mas que com o tempo foi melhorando. Teve também respostas de crianças que notaram melhora após a cirurgia tal como, o término do ronco.

No que diz respeito a existência de **algo a falar sobre a cirurgia**, mais da metade das crianças não fez comentário nenhum. Uma criança relatou que ficou com medo após a cirurgia, visto que sabia que sua garganta tinha sido operada e tinha medo que *“a comida saísse toda pelo buraco da garganta”*. Teve referências ao fato de a hospitalização ter sido ótima, bem como, relatos de crianças que acharam tudo ruim, e uma criança que pediu pra responder os testes novamente.

5.4.5. Comparação entre os grupos

Após uma análise geral das entrevistas, constatou-se que todos os grupos retrataram a condição de hospitalização e cirurgia, e trouxeram detalhes sobre os aspectos relacionados a esta temática.

Foi possível averiguar que as crianças de todos os grupos lembravam-se da atividade realizada pela pesquisadora, mesmo as que não foram preparadas. Porém, identificou-se que no G3 ao serem questionadas, a resposta fornecida era acompanhada de informações sobre a preparação.

Em se tratando da qualidade e conteúdo das respostas não houve diferenças entre os grupos. Concebe-se que as crianças com mais de 10 anos tiveram uma tendência a responder com detalhes as perguntas realizadas, no entanto, identificou-se que em nível de conteúdo das respostas e memórias não houve diferença.

Em todos os grupos, foi evidente que crianças mais velhas tiveram uma tendência a refinar mais as respostas, e as crianças mais jovens tiveram o hábito de fantasiar mais, o que não implica em inverdades, e sim, em fazer mais rodeios para falar sobre o mesmo assunto, sem apresentar tantos detalhes. Por outro lado, destacou-se que as crianças mais velhas, as quais fizeram desenhos com poucos detalhes, forneceram entrevistas mais rebuscadas e articuladas, e por sua vez, crianças mais novas, as quais fizeram desenhos mais coloridos e com mais empenho, deram respostas mais curtas e simplificadas na entrevista.

Em se tratando de gênero e tipo de cirurgia constatou-se se não haver diferenças entre os grupos, contanto, pôde-se afirmar que o tipo de preparação não provocou diferenças ou alterações nas respostas de meninos e meninas.

O que se destaca é que em termos de conteúdo houve diferenças entre os grupos. No que concerne às lembranças do hospital, observou-se que estão presentes, porém, têm enfoque diferente. No G1 as lembranças foram sobre pessoas e crianças do hospital, em geral, antes do procedimento cirúrgico, no G2 foram sobre o mobiliário hospitalar, também antes do procedimento, no G3 as lembranças se remeteram a preparação psicológica pré-cirúrgica realizada, com enfoque ao pós-cirúrgico e por fim, no G4, as lembranças trouxeram os instrumentos cirúrgicos e hospitalares durante a ocorrência da cirurgia. Embora, a terceira etapa da pesquisa tenha sido realizada cerca de quinze dias após a cirurgia, foi notório que as crianças responderam as questões em diferentes tempos.

Outra diferença entre os grupos referiu-se às lembranças sobre a cirurgia. Enquanto os grupos G1, G2 e G4 enfatizaram a dor e a máscara cirúrgica, o G3 enfatizou o procedimento preparatório realizado, com vias de tranquilizar as crianças para o procedimento cirúrgico, procedimento aquele que não fora citado por nenhum outro grupo durante esta fase da entrevista.

Com origem nas conversas com a pesquisadora, concebeu-se que houve diferenças nas respostas, pois, as crianças do G1 e do G2, costumeiramente referiram os testes aplicados, com pouca alusão do G2

para o método de preparação utilizado, o boneco. Em contrapartida, o G3 trouxe em sua maioria a referência ao vídeo utilizado como método de preparação. O G4 não constou de preparação psicológica, e frente a tal fato, não foi aqui citado.

No que tange a tipos de reações após a cirurgia e o que sentiram após a mesma, não houve diferenças entre os grupos, e as respostas fizeram referência à dor nas duas questões. Em relação às reações, em todos os grupos, quase metade das crianças relataram não ter tido reações de nenhum tipo.

Averiguou-se que em todos os grupos, no que concerne às perguntas feitas para a mãe quando acordaram, a maioria das crianças não fez perguntas, e as que fizeram, foi em relação a perguntas de mesmo teor, sobre hora em que seria a alta, quando o pai viria ou em que lugar a mãe tinha ficado durante a cirurgia. Perante isso, pôde-se afirmar que não houve diferenças entre os grupos neste quesito. O mesmo destacou-se sobre a volta para casa, na qual, cada grupo teve suas peculiaridades, embora, no relato geral identificou-se como sendo algo tranquilo, um pouco doloroso no início, mas com melhoras nos dias subsequentes. Também não houve diferenças em relação à recuperação, sobre a qual, em todos os grupos, a maioria das crianças pautou-se em relatos de ter sido uma boa recuperação.

Contudo, em relação a comentários sobre a cirurgia, para finalizar a entrevista, foi notório que nos grupos G1, G2 e G4 mais da metade das crianças se eximiu de fazer comentários, e as crianças que o fizeram foi referente a alguma situação da cirurgia, com exceção do G1, no qual uma criança disse que se disponibilizava a ajudar a pesquisadora em suas atividades. Não obstante, perante as respostas do G3, notou-se que, as crianças deste grupo aproveitaram este momento para fazer comentários sobre a preparação, e para tal, agradeceram, e informaram como a atividade foi importante e ajudou-as a se preparar e tranquilizar.

Observou-se também que, houve coerência entre os conteúdos trazidos pela entrevista e pelo desenho das crianças. Não houve casos de disparidade entre o conteúdo dos desenhos e das informações trazidas nas entrevistas. Verificou-se que em todos os grupos as crianças demonstraram em seus desenhos que têm memórias sobre o que ocorreu no hospital, seja da preparação, do hospital, do centro cirúrgico, do quarto ou dos colegas de quarto. Entretanto, o que diferenciou foi o enfoque que foi dado nas respostas, a maneira como lembram e como expressam.

Destacou-se que as crianças pertencentes ao G3 tiveram memórias mais vívidas sobre o procedimento de preparação a que foram submetidas, fato é que ao serem indagadas sobre as lembranças do hospital e da cirurgia, é premente a ocorrência de respostas com menção, tanto ao vídeo, como às informações transmitidas pela pesquisadora. Também em relação a lembranças sobre a conversa com a pesquisadora e os comentários finais sobre a cirurgia, notou-se que as crianças fizeram relatos sobre a preparação, afirmaram esta ter sido importante, ter preparado, além de reconhecerem que o procedimento de preparação realizado consistia naquilo que realmente acontecera *a posteriori*. Fato este não fora observado nos outros grupos, no G1, no G2 e no G4, não obstante tenham ocorrido algumas alusões aos testes aplicados pela pesquisadora, não foram feitos relatos significativos sobre o uso do boneco durante a preparação. Por vezes, nestes grupos, os relatos dos testes foram mais significativos do que a preparação propriamente dita.

A partir do exposto, percebeu-se diferença qualitativa no que se refere à preparação psicológica pré-cirúrgica, sendo o G3 o grupo considerado mais eficaz no que se refere às memórias pós-cirúrgicas.

6 DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve por objetivo geral verificar quais os efeitos de três programas diferentes de preparação psicológica pré-cirúrgica no stress, na ansiedade e nas memórias posteriores de crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas. Em adição, dentre os objetivos específicos, buscou-se comparar os efeitos dos três programas de intervenção para a preparação para a cirurgia; comparar o nível de stress e ansiedade de meninos e meninas que receberam preparação psicológica pré-cirúrgica, segundo três programas distintos; identificar os fatores que podem influenciar no stress e na ansiedade na situação pré-cirúrgica e identificar as memórias que as crianças tem sobre a experiência cirúrgica.

De acordo com os objetivos, formularam-se hipóteses, e destas, foi confirmada a hipótese de que os efeitos produzidos pela preparação são positivos, e tornam as crianças mais tranquilas frente à intervenção cirúrgica. Por outro lado, no geral não houve supremacia de um programa sobre o outro, como se esperava, a não ser, no que se refere às diferenças de gênero, visto que, chegou-se à conclusão de que os meninos são mais favorecidos pelo G3, bem como, apresentam-se mais ansiosos frente ao procedimento cirúrgico.

Conquanto, em relação ao conjunto de resultados obtidos com os demais instrumentos, as entrevistas com as mães, os desenhos e as falas das crianças, pode-se perceber uma superioridade do G3 em relação aos demais grupos, no período após a preparação, principalmente no que se refere à ansiedade e ao medo, que diminuíram após a preparação.

Este fato corrobora estudos realizados por Mahajan *et al.* (1998) e Magalhães *et al.* (2010) no qual investigaram a preparação psicológica realizada por meio de demonstração de materiais hospitalares, e tiveram como resultado crianças mais cooperadoras e menos ansiosas. Do mesmo modo, Twardosz *et al.* (1986) já haviam relatado que tornar a situação pré-cirúrgica o mais parecida possível com o momento pelo qual irá passar é eficaz para a redução de ansiedade do que simplesmente o transmitir de informações.

Na segunda entrevista com as mães, ao se fazer um comparativo entre os grupos, percebeu-se que as crianças do G3, apresentaram-se mais tranquilas e colaboradoras, aceitando melhor os procedimentos aos quais precisavam ser submetidas, pelo fato de saberem o que iria acontecer. Segundo as mães do referido grupo, as crianças estavam nervosas no dia anterior, porém, acalmaram-se após a intervenção, ao

contrário do que acontece com as entrevistas das mães dos G1, G2 e G4, as quais relataram que apesar de aparentarem tranquilidade, elas consideravam os filhos como ansiosos.

Em relação aos desenhos, embora o seu conteúdo tenha sido parecido nos diferentes grupos, pôde-se notar que as crianças do G3 fizeram desenhos com mais detalhes, mais cores e de situações dirigidas mais à preparação propriamente dita, à aplicação de testes e à volta para casa. Em contrapartida, nos demais grupos, os desenhos, além de terem menos detalhes, focaram na situação hospitalar, centro cirúrgico e materiais hospitalares, trazendo também as situações de choro e sangue. No G3 estas situações ocorreram, mas explicado pelas crianças como devido ao efeito da anestesia, conforme informação recebida durante a preparação.

As entrevistas realizadas para avaliar as memórias, de igual forma, mostraram que as crianças que assistiram o vídeo tiveram memórias mais vívidas sobre a preparação realizada e para tanto, fizeram menção a ele quando questionadas, sobre a intervenção realizada, menção esta não relatada pelas demais crianças. Novamente, os relatos das entrevistas referiram a volta para casa e a situação após a cirurgia, assim como, nos demais grupos, os relatos referenciaram-se a centro cirúrgico e materiais hospitalares, bem como, a comparação entre o hospital e a casa.

As crianças dos grupos preparados, em geral, agiram com tranquilidade em relação às reações ocorridas no pós-cirúrgico, por terem sido informadas sobre tal. As crianças verbalizaram suas reações de forma tranquila, e explicavam que sabiam o que poderia ocorrer após a cirurgia, pois participaram da preparação para a mesma. Em relação às reações pós-anestésicas, o papel da preparação foi informar para que as crianças não se surpreendessem, visto que não há como se evitar estas reações e impedir que aconteçam.

Por se tratar de um estudo cujo método envolveu análises quantitativa e qualitativa, na sequência, serão discutidos resultados referentes à integração de tais análises, seguindo a ordem dos objetivos específicos acima citados.

6.1 PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA PRÉ-CIRÚRGICA

Os resultados deste estudo indicaram efeitos benéficos da intervenção tanto no nível de stress e de ansiedade, como no comportamento do paciente no período pós-cirúrgico. Destaca-se que a

intervenção tenha afetado a evolução clínica da criança diretamente por meio da mudança de comportamentos relevantes, e através de influências no modo de as crianças enfrentarem as situações estressoras do ambiente hospitalar.

Embora os resultados apontem para a efetividade da intervenção realizada, a amostra utilizada foi limitada numericamente, e deste modo, no geral, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos testes realizados. Constatou-se que os três Programas de preparação foram eficazes na diminuição do stress e da ansiedade pré-cirúrgicas independente de qual foi o programa. Pode-se observar que na ESI, houve uma redução de modo geral, no stress, e em seus tipos de reações avaliados, tais como sentimento de inferioridade, abandono e insegurança.

Notou-se que as três técnicas utilizadas são citadas na literatura, como efetivas na preparação de crianças (Bess d'Alcantara, 2008; Moix, 1996; Watson & Visram, 2003, Yamada & Bevilacqua, 2005), o que foi verificado também neste estudo, nos três programas preparatórios, os quais fundamentalmente basearam-se na informação, seja ela narrada, assistida, ou vivenciada. Tesser e Bianchini (2013) em seu estudo de revisão bibliográfica, também tiveram seus achados corroborando as técnicas utilizadas neste estudo, porém, não compararam as técnicas, e tão menos, verificaram o tamanho do efeito das mesmas.

Pode-se afirmar que a falta de informação de fato provoca medo, angústia, depressão, além de stress e ansiedade, visto que antes de receberem a preparação, as crianças expressaram através das afirmações das escalas: ESI e do IDATE-C, indicativos consideráveis dos diferentes estados emocionais avaliados e depois da preparação houve redução destes indicativos. Isto é confirmado por estudos de Faleiros *et al.*, 2002; Miskowski, 2008; Rossit e Fávere (2011), os quais afirmam que poucas informações contribuem para a redução da ansiedade, medo e problemas suscitados pelo desconhecimento da situação, gerando segurança e conforto às crianças. Porém, os estudos citados são de outros países e não se encontrou estudos semelhantes no Brasil.

Em relação aos tipos de reações referentes ao stress, pode-se observar que de acordo com o grupo de preparação mudou as reações que apresentaram diferenças do pré para o pós-teste. No G1 as reações com diferença significativa nas médias foram as do tipo “reações psicofisiológicas”, as quais compreendem questões tais como “dificuldade para prestar atenção”, “gaguejar quando se está nervoso”, e “coração bater depressa”. Supõe-se que como o grupo recebeu

informações e passou a entender o que aconteceria, estas reações podem ter diminuído, pelo fato de as crianças terem ficado mais tranquilas com a cirurgia. Foi possível observar através do estudo que todos os pacientes estavam tendo sua primeira experiência no que se refere ao procedimento. Apresentavam sintomas expressivos de medo do hospital, preocupações relacionadas ao procedimento cirúrgico e ansiedade. Após a intervenção estes sintomas diminuíram, indicando o impacto da intervenção de forma positiva.

Em contrapartida, o G2 apresentou diferença significativa do pré para o pós-teste nas “reações psicológicas”, as quais constituem-se de questões tais como “Fico nervoso com tudo”, “Minhas mãos ficam suadas”, “Tenho medo”. Hipotetiza-se que o manuseio do boneco, propiciou às crianças, calma e tranquilidade para enfrentar a cirurgia, pois elas mesmas se responsabilizaram pelo processo cirúrgico no boneco, por meio da brincadeira. Conforme Motta e Enumo (2004) o brincar é uma das estratégias utilizadas no hospital com crianças, para lidarem com as adversidades da hospitalização.

Já o G3, apresentou diferença significativa do pré para o pós-teste nas duas reações supracitadas, tanto as “reações psicofisiológicas”, como as “reações psicológicas”, assim como apresentou diferença significativa no stress geral. Através das reações apresentadas pelas crianças, observou-se que o vídeo que retrata o que ocorrerá com elas, torna a cirurgia mais próxima do real, pois além de ser dinâmico, elas presenciam o médico interferindo no paciente, o que não ocorre no G2, pois no referido grupo, são elas que fazem a intervenção no boneco, porém, sabem que se trata de uma brincadeira. O uso do vídeo é um procedimento de preparação conhecido, posto que os primeiros estudos que adotaram-no datam da década de 70, tendo por estudo clássico na literatura o de Melamed e Siegel (1975), estudo que comparou dois grupos de crianças que assistiam dois tipos de filmes diferentes no preparo pré-cirúrgico.

No que se refere a ansiedade, observou-se que o G1 apresentou uma queda na ansiedade-traço do pré-teste para o pós-teste, assim como o G2. Por ser a ansiedade-traço, característica da criança, não esperava-se que ela tivesse alterações com a preparação psicológica pré-cirúrgica, porém, como a pesquisa foi realizada com crianças internadas pelo SUS, o que em sua maioria, caracteriza-se por uma população menos favorecida, cogita-se a hipótese de que a situação hospitalar, com boa alimentação, instalações adequadas, atenção cuidadora da equipe apresente-se mais atrativa para a criança do que a sua realidade de baixa

renda, e deste modo, se no geral elas podem ter a ansiedade-traço elevada, a ansiedade pode ter reduzido devido às condições mais adequadas. As questões avaliadas por essa dimensão são do tipo: “Eu me sinto infeliz”, “Eu me aborreço em casa”, “Tenho dificuldade de olhar meus problemas”. Por outro lado, em se tratando da ansiedade-estado, cujas questões avaliadas são: “Me sinto muito contente”, “Me sinto chateado”, “Me sinto perturbado”, não houve alterações significativas do pré-teste para o pós-teste nestes grupos.

O G2 não apresentou diferenças estatisticamente significativas no inventário de ansiedade, e o G4 foi o único que apresentou diferenças significativas do pré-teste para o pós-teste, no referente à ansiedade-estado, o que confirma o fato de que a preparação psicológica, através do vídeo reduz a ansiedade frente a cirurgia. Melamed e Siegel (1975) pesquisaram dois grupos de crianças entre 4 e 12 anos, hospitalizadas para cirurgias eletivas, no primeiro grupo, as crianças foram preparadas com um filme que contava a história de um garoto hospitalizado para ser submetido à cirurgia, enquanto o grupo controle via um outro tipo de filme. Os autores verificaram que as crianças que viram o filme que as preparava para a cirurgia apresentaram menor ansiedade antes da cirurgia e após a preparação, bem como no pós-cirúrgico.

Ainda vale ressaltar que no concernente a ansiedade-estado, o Grupo Controle obteve um aumento da média do pré para o pós-teste, resultado este que conflui com Costa Jr. *et al.* (2006) pois estes afirmam que a participação em atividades de recreação que incluam o recebimento de informações sobre temas médicos aumenta a probabilidade de que o paciente adquira um repertório de comportamentos mais ativo em relação ao ambiente hospitalar, e por assim ser, o grupo sem o preparo apresentou pequeno repertório para se comportar no ambiente hospitalar com suas vicissitudes.

Neste estudo, pode-se notar que em análises separadas por tipos de reações, o G3 foi o mais eficaz e que trouxe maior redução nos níveis de stress e ansiedade. Le Roy *et al.* (2003) afirmam que são inúmeros os fatores a serem considerados quando se planeja um programa de preparação, para diminuição do stress, e assim sendo, recomendam que se deva fazer uma avaliação acurada da criança e de fatores que podem interferir de algum modo, nas respostas comportamentais e nos resultados da ESI e do IDATE-C.

Segundo Soares e Bomtempo (2004) estes fatores, na medida do possível, devem estar sob controle e se relacionam com a história de experiências do indivíduo com doença, crenças, valores, rede de apoio,

familiaridade com o ambiente hospitalar, expectativas com relação aos resultados da cirurgia, nível de conhecimento sobre a doença e o tratamento e habilidade dos profissionais da saúde. A criança passa por diferentes etapas de desenvolvimento psicológico, as quais devem ser conhecidas para determinar seu grau de aprendizagem e raciocínio, e compreender sua capacidade de adaptação às mais diversas situações. O conhecimento da psicologia apresenta as condições de compreender cientificamente os problemas comportamentais que ocorrem rotineiramente em situações médicas adversas, e dessa forma, expõe a maneira mais adequada de solucioná-las.

Destacou-se, de igual forma neste estudo, de acordo com as entrevistas realizadas com as mães, que o momento da hospitalização é visto com insegurança pelas crianças, por ser um ambiente novo e desconhecido, e ainda trazer dor e sofrimento. Deste modo pode provocar a alteração dos estados emocionais das crianças a serem submetidas a procedimentos cirúrgicos, e elevar assim, seus níveis de stress e ansiedade. Os relatos das mães trouxeram, em sua maioria, que seus filhos estavam *ansiosos, nervosos, assustados, preocupados, com medo*, o que corrobora o estudo de Rossit e Fávere (2011), no qual destaca-se que o ambiente hospitalar altera os comportamentos e os sentimentos dos hospitalizados infantis, gerando medo, angústia e insegurança em virtude da incompreensão do que se passa com eles, podendo deixar marcas permanentes em suas vidas. Para tanto, denota-se a necessidade de se preparar as crianças para que essa incompreensão não cause prejuízos ao desenvolvimento infantil.

Conforme a teoria bioecológica do desenvolvimento humano, que respalda este estudo, tem-se consoante Novaes e Portugal (2004), os quais afirmam que o adoecimento e consequente hospitalização, dependendo das inter-relações que ocorrem socialmente, influenciam positiva e negativamente seu papel de doente, seu período de internação, seu desenvolvimento e sua recuperação. Sob esta perspectiva, a criança, ao adoecer, realiza uma transição (Bronfenbrenner, 1986) para um papel passivo, de paciente. Nesta mudança de papéis, modifica sua posição em relação aos seus contextos, suas inter-relações e também aos outros que com ela interagirão. Desta forma, o hospital passa a ser seu microssistema, e toda configuração do microssistema anterior, ou seja, seu ambiente familiar, sofre alterações a partir desta nova realidade de hospitalização e tratamento da criança.

Contudo, esta preparação deve-se estender também à família, aqui representada pelos pais das crianças que se inserem neste

microsistema hospital, em que seus filhos se encontram, e deste modo, passam por transições e adaptações, podendo ser beneficiados por programas de preparação voltados para este público. Nas entrevistas destaca-se a demanda dos pais por este tipo de atividade, pois eles afirmam que seus filhos estão preocupados, e que eles também o estão, bem como, referem a preparação como algo importante e necessário. Percebeu-se que não só as crianças ficam ansiosas, mas os pais também e isso fica evidente pelas respostas à questão sobre os **momentos antes da cirurgia** para o filho, na qual as mães respondem sobre seu próprio estado emocional. Mesmo ao serem alertadas, é notória a necessidade que elas referem de ter informações sobre a cirurgia.

Consonante a isto, o preparo deve ser estendido igualmente aos pais, como afirmam os trabalhos de Crepaldi e Hackbarth (2002), Barros (2003), Magalhães *et al.*, (2010), posto que estes programas beneficiam tanto pais como filhos (Mikowski, 2008). Mélo e Rodrigues (2008) observaram que os pais também modelam as respostas das crianças, ao esperar seus filhos voltarem do centro cirúrgico, muitas vezes com medo na sala de espera, por estarem ansiosos no pré-operatório, podendo gerar stress para ambos (Garcés & Assef, 2004). Por isso, Urieta *et al.* (2005) salientam a importância de se fazer uma entrevista com os cuidadores, alguns dias antes da cirurgia, orientando-os sobre todo o processo, para que apresentem condições de permanecerem menos ansiosos e temerosos.

Sabatés e Borba (2005) realizaram um estudo, no qual foram entrevistados 50 pais que estavam com seus filhos hospitalizados em unidades de internação pediátrica. Os resultados evidenciaram que os pais não estavam totalmente satisfeitos com as informações recebidas durante a hospitalização do filho. Crepaldi (2002) aponta que a parceria entre equipe e pais tem-se mostrado muito eficaz nos cuidados à criança, além de beneficiar os pais, enquanto categoria de pessoas que atende a criança e enquanto segmento que necessita de atenção. Muitas vezes a ansiedade que sentem os filhos é reflexo da ansiedade de seus pais. Deste modo, é importante que os pais estejam conscientes de que a ansiedade dos filhos está em boa parte na dependência de seus comportamentos. Instruções e atenção mínimas que os pais recebem resultam como fundamentais para ajudar a criança a enfrentar a situação.

Considerando o grupo de crianças participantes, pode-se afirmar que os procedimentos de preparação foram efetivos no sentido de reduzir o stress, a ansiedade e a ocorrência de determinados comportamentos concorrentes (principalmente choramingar, comportar-

se de modo nervoso e protestar) e de elevar a ocorrência de comportamentos de adesão (principalmente falar e auxiliar na execução dos procedimentos pré e pós-cirúrgicos). De igual modo, à medida que obtiveram o maior número de informações sobre a condição da doença, tratamento e hospitalização, os participantes tiveram diminuição do stress do pré-teste para o pós-teste.

Nas entrevistas com as mães, destacam-se diferenças entre as respostas emitidas pelas mães do G4 em relação aos demais grupos. Nas entrevistas do G4 tem-se que as crianças acordaram mais ansiosas, com medo, agitadas e nervosas. As crianças preparadas estavam mais tranquilas, embora tenham ocorrido alguns casos de ansiedade. As crianças do G3 conseguiram fazer conexões entre o que fora falado na preparação e o que acontecia, bem como faziam menção à atividade realizada nos momentos antes da cirurgia. As demais crianças, por sua vez, não fizeram menção à atividade realizada, e apresentaram dúvidas referentes a horários e procedimentos. As crianças do G3 não apresentaram dúvidas.

Deste modo, a importância das informações recebidas neste estudo, é reforçada por Kiyohara *et al.* (2004) que mediram a ansiedade dos pacientes e concluíram que o conhecimento pode reduzir o estado de ansiedade. As informações quanto mais específicas, melhor preparam a criança, reduzindo sua ansiedade frente a cirurgia. Magalhães *et al.* (2010) em seu estudo chegaram às mesmas conclusões, pois os resultados do pré-preparo evidenciaram ocorrência de medo, ansiedade e preocupações e na reavaliação pós-preparo houve diminuição dos sintomas anteriormente apresentados.

O presente estudo também apresenta resultados coerentes com as observações de Mahajan *et al.* (1998); Azevedo *et al.* (2008), segundo os quais uma intervenção psicológica pré-cirúrgica constitui uma oportunidade para que o paciente adquira conhecimento sobre os procedimentos médicos e cirúrgicos, em geral, aumentando a probabilidade de emissão de comportamentos adaptativos e diminuindo a probabilidade de emissão de comportamentos não-adaptativos. Sendo assim, é de fundamental importância que a criança seja devidamente preparada a fim de que os processos psicológicos desencadeados pela situação não comprometam a recuperação do paciente (Yamada & Bevilacqua, 2005).

No geral, os resultados demonstraram ainda, que as crianças, independente da idade, do gênero, ou do tipo de cirurgia se beneficiaram dos três programas propostos pela pesquisa, diminuindo a ocorrência do

stress. O índice de frequência de ocorrência dos comportamentos de adesão de todos os sujeitos foi maior após terem sido submetidos aos programas de preparação. De acordo com relato das mães e de algumas enfermeiras que cuidavam das crianças e eventualmente eram questionadas, as crianças ficaram colaborativas com o tratamento pós-operatório.

Quando uma criança adoece, geralmente se sente fragilizada e temerosa, necessitando de cuidados especiais, proteção, carinho e confiança. Quando os pais estão presentes e atendem as necessidades da criança, estes sintomas podem ser amenizados, mesmo que a equipe de saúde não estabeleça com ela uma interação satisfatória, como mostram os resultados de Skipper e Leonard (1968). Quando, porém, os pais estão ausentes ou por algum motivo não podem atender a criança, é imprescindível que a equipe de saúde possa fazê-lo, sob pena de aparecerem reações de não aceitação de sua condição e revolta. Neste estudo, pôde-se observar que as crianças em situação de hospitalização ficam fragilizadas, e muitas vezes só se tranquilizarão após a alta hospitalar.

Pôde-se observar que tanto na ESI, como no IDATE-C, e nas entrevistas com as mães, houve uma redução de modo geral, no stress e na ansiedade, e nos comportamentos negativos, tais como medo, insegurança e angústia. Assim, pode-se confirmar as seguintes hipóteses iniciais deste estudo: a preparação psicológica pré-cirúrgica trouxe efeitos positivos para as crianças submetidas a cirurgias eletivas; houve diferenças entre os diferentes grupos de crianças segundo o tipo de preparação e as crianças preparadas psicologicamente se beneficiaram, no que diz respeito ao stress e à ansiedade em relação às crianças do G4.

6.2 EFEITOS DA PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA PRÉ-CIRÚRGICA EM MENINOS E MENINAS

No geral não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de preparação, no entanto, no que diz respeito ao gênero, encontraram-se resultados estatísticos que inferem ser o grupo dos meninos o que tem maiores benefícios com a preparação psicológica em relação ao estresse.

Em relação às entrevistas com as mães, aos desenhos e às entrevistas com as crianças não ocorreram diferenças no que diz respeito ao gênero, porém, mesmo não sendo uma hipótese deste estudo, por meio de uma análise de regressão obteve-se este resultado.

Segundo Bichara (1994) vários estudos têm constatado que meninos preferem brincadeiras de super-heróis, papéis com muita ação, e em contrapartida, as meninas preferem atividades relacionadas ao exercício doméstico, como brincadeiras de casinha, aniversários, etc. Ainda no que diz respeito ao gênero, há um poderoso agente da realidade que está presente: a estereotipia do gênero, através da qual meninos brincam de temas masculinos e meninas de temas considerados femininos. Nesta pesquisa, nos dois programas que envolveram gênero, o G3 utilizou-se de um desenho animado em que o personagem central era um menino, porém, o G2, utilizou-se de uma boneca. Tal fato pode ter influenciado as crianças a se sentirem mais a vontade com determinado programa, devido ao seu gênero.

Em estudo realizado por Broering e França (2008) constatou-se que em relação às meninas, o comportamento é mais propício ao cuidar e organizar, devido à própria estrutura ambiental que permite o desempenho de papéis. Talvez isto ocorra por causa dos fatores culturais que delegam o papel de organizar e cuidar às mulheres, o que pode ser representado neste estudo pelo cuidar da boneca utilizada na preparação. No G2, as meninas não só cuidavam da boneca, como a vestiam, e a preparavam para a cirurgia. No tocante a este fato, hipotetiza-se que as meninas podem ter sido mais beneficiadas pelo G2.

Por outro lado, no mesmo estudo citado acima, os meninos apresentaram mais comportamentos de imitação quando relacionados às meninas. Deste modo, os meninos foram mais beneficiados pelo G3, e pode-se supor que por meio da modelação, imitaram o comportamento apresentado no vídeo, quando estavam na situação pré-cirúrgica. As falas das mães confirmavam a tranquilidade deles, quando eles próprios explicavam o que iria acontecer.

A diferença entre masculino e feminino foi pequena se comparada ao efeito do tratamento do G3. No caso do stress, as meninas indicaram um menor estresse. A ansiedade, por sua vez, apresentou um resultado inverso: os escores de ansiedade nas meninas são maiores que os dos meninos, sugerindo haver mais ansiedade nos grupos femininos. Pode-se afirmar também que os meninos com maior nível de stress e ansiedade no pré-teste foram mais beneficiados com os programas de intervenção do G3. Isto leva à conclusão de que os meninos são favorecidos quando realmente precisam do preparo, por estarem com altos escores de stress e ansiedade.

A partir do referido acima, pode-se hipotetizar que como as duas variáveis: ansiedade e stress são avaliadas por dois instrumentos

diferentes, as afirmativas dos referidos instrumentos podem influenciar nas respostas de meninos e meninas. Na ESI, instrumento este que avalia quatro tipos de reações diferentes: físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológicas, as questões respondidas são mais específicas tais como: *Tenho diarreia, Meus braços e pernas doem, Tenho dor de barriga, Tenho dificuldade para dormir, Brigo com minha família em casa*. Por outro lado, as questões do IDATE-C são mais gerais, tais como: *Eu me sinto alegre, Eu me sinto com medo, Eu me sinto perturbado, Eu me sinto preocupado, Eu me sinto confuso, Eu me sinto alegre*. Vale ressaltar que estas questões referem-se à ansiedade-estado, posto que neste estudo, o objetivo era avaliar a ansiedade na situação pré-cirúrgica, e não a ansiedade-traço.

Fernandes *et al.* (2010), afirmam que as crianças do sexo masculino manifestam atitudes mais positivas, relatando menor evitação e avaliação menos dolorosa dos procedimentos médicos. Adicionalmente, os mesmos autores têm evidenciado diferenças entre gêneros no processo avaliativo e de exteriorização da dor. Um fator explicativo destas diferenças pode ser o fato de socialmente ser fomentada a crença de que o gênero feminino é mais emotivo e com menor tolerância à dor do que o masculino; por outro lado, a sociedade tende a incitar ao gênero masculino, desde tenra idade, a adoção de estratégias ativas para suprimir a verbalização e a manifestação exterior de dor. Prevê-se assim que as crianças do gênero masculino reportem atitudes mais positivas em relação aos cuidados de saúde, bem como níveis inferiores de percepção de dor face aos procedimentos médicos e cotidianos, quando comparadas com o gênero feminino. A partir disso, pode-se inferir neste estudo, que os meninos foram mais favorecidos pelo G3, devido a esta tendência da sociedade de incitar maior tolerância à dor nos meninos, e por assim ser, ao receberem um modelo a seguir, não poderiam ser menos fortes do que as meninas.

Não encontraram-se resultados semelhantes na literatura, sobre a diferença no stress e na ansiedade em meninos e meninas, a não ser sobre diferenças comportamentais de gênero, conforme Bichara (1994), e deste modo infere-se que estas diferenças de gênero tenham influenciado na expressão da ansiedade e do stress, seja pelo programa utilizado, seja pelo gênero dos personagens do filme e do boneco, ou ainda, pelas afirmativas dos instrumentos utilizados.

De acordo com os objetivos propostos pode-se afirmar que a pesquisa atingiu seu objetivo específico de comparar o nível de stress e

ansiedade de meninos e meninas que receberam preparação psicológica pré-cirúrgica, segundo três programas distintos, bem como teve a hipótese de que o programa de preparação psicológica pré-cirúrgica que propiciou à criança a visualização do vídeo explicativo trouxe maiores benefícios na ansiedade e no stress de crianças submetidas a cirurgias eletivas.

6.3 FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR NO STRESS E NA ANSIEDADE

Os procedimentos médicos invasivos e os tratamentos clínicos surgem muitas vezes associados com experiências com potencial de causar aversão e geradoras de atitudes negativas, com possíveis repercussões e implicações na saúde e no bem-estar das crianças. Neste sentido Fernandes *et al.* (2014) têm salientado a importância da preparação e da educação das crianças, com vista à promoção de comportamentos de saúde, prevenção do risco ao desenvolvimento e minimização dos efeitos negativos dessas experiências.

Neste estudo, três fatores foram alvo de preocupação em relação a influenciar o stress e a ansiedade das crianças em situação pré-cirúrgica. O primeiro deles diz respeito a crianças que ouviram falar de experiências desagradáveis vividas por seus pais, parentes ou amigos, em situação de hospitalização ou especialidades afins, o segundo, porém, não menos importante, a ansiedade parental, visto que quando os pais estão ansiosos, a separação entre pais e filhos na hora da ida ao centro cirúrgico pode gerar stress para a criança e sua família. Em terceiro lugar, a comunicação adotada pelos profissionais de saúde pode condicionar o desenvolvimento de atitudes positivas ou negativas por parte da criança, as quais poderão afetar o comportamento infantil face aos procedimentos médicos e relações a estabelecer com os profissionais de saúde.

Os três fatores citados acima assemelham-se a resultados encontrados na literatura, tais como serão descritos em seguida.

As experiências prévias podem atenuar ou exacerbar o medo das crianças no que diz respeito aos cuidados de saúde e procedimentos médicos invasivos, se, por um lado, as experiências positivas anteriores tendem a reduzir os medos das crianças, por outro, experiências prévias negativas tendem a evocar memórias adversas que podem condicionar negativamente as atitudes e os comportamentos da criança face a situações posteriores (Fernandes *et al.*, 2014). Segundo Marques *et al.*

(2010) o medo pode ser classificado em dois tipos: o medo objetivo e o medo subjetivo. O medo subjetivo advém por sugestões: crianças que ouviram falar de experiências desagradáveis vividas por seus pais, parentes ou amigos, ou especialidades afins. Nesta pesquisa notou-se a presença do medo subjetivo, no qual algumas crianças mostravam-se preocupadas e ansiosas frente a programas sobre cirurgias assistidos na televisão, experiências prévias com cirurgias por parte de irmãos maiores, ou ainda, por familiares que de alguma maneira tentaram assustar as crianças, fantasiando que a cirurgia ocorreria com a utilização de materiais de construção, tais como: furadeira, martelo e outros semelhantes. Deste modo, percebe-se que este foi um fator que pode ter influenciado no stress e na ansiedade das crianças.

A ansiedade parental é outro fator importante a ser discutido. Notou-se uma demanda das mães por serem preparadas para o procedimento cirúrgico da mesma forma que seus filhos. Percebeu-se na segunda entrevista, que quando questionadas sobre como estavam sendo os momentos antes da cirurgia dos filhos, elas respondiam sobre seu próprio estado emocional: *nervosa, preocupada, ansiosa e apreensiva*. Muitas ainda questionaram o motivo de não terem sido preparadas anteriormente para o procedimento de igual forma, de modo que pudessem trazer os filhos preparados de casa. Tal resultado confirma os achados de Magalhães *et al.*(2010), os quais salientam a importância de se estender os programas de preparação pré-cirúrgica para os pais, para que estes possam ajudar seus filhos a enfrentar esta situação adversa (Crepaldi & Hackbarth, 2002). Afinal, a presença dos pais no momento da cirurgia é de suma importância, pois o hospital até então encontrava-se no exossistema da criança e passou a ser o seu microssistema. Os pais, microssistema, estando juntos neste momento, trazem a sensação de familiaridade para a criança, contribuindo assim para que o desenvolvimento infantil continue ocorrendo sem prejuízos.

Torna-se necessário um preparo com os pais dias antes da cirurgia (Urieta *et al.*,2005), de modo que se evite, que o momento de separação pais e filhos, na hora da ida ao centro cirúrgico, cause stress e medo na sala de espera, e por sua vez, modele o comportamento de seus filhos (Melo & Rodrigues, 2008; Garcés & Assef, 2004). Tal ocorrência foi demonstrada nesta pesquisa por meio dos desenhos das crianças, nos quais pais e filhos encontravam-se chorando na situação pré-cirúrgica e deste modo, percebe-se que pode ter influenciado no stress e na ansiedade das crianças. Vale ressaltar que houve a ocorrência deste tipo

de desenho especialmente no G1, pois o choro quando ocorrido nos outros grupos fazia menção à reação pós-anestésica.

O último fator refere-se à comunicação adotada pelos profissionais de saúde, pois conforme Marques *et al.* (2010) o sucesso do tratamento com crianças está associado diretamente ao grau de conhecimento que o profissional possui em relação ao seu paciente infantil, o que constitui fator primordial para o bom relacionamento profissional-paciente. Assim, conhecendo o mundo da criança é que se pode determinar a qualidade de relacionamento durante o tratamento e, normalmente, a falta de informação que está presente na criança no momento da primeira consulta leva a uma abordagem comportamental, generalizando categorias ou idades cronológicas. Comum nesta pesquisa foi a ocorrência de crianças que pouco ou nada sabiam sobre o procedimento ao qual seriam submetidas, bem como, mães que por não saberem, não comentaram nada com seus filhos, nem sequer sobre a ida ao hospital, levando-os de uma hora para outra, sem avisar-lhes onde estavam indo.

Doca e Costa Junior (2007) salientam a importância da conduta dos profissionais diante das crianças e familiares que, além de afetiva e disponível, a informação antecipada sobre os procedimentos deve ser priorizada, transmitida em trabalho conjunto pela equipe de saúde. Nesta pesquisa, observou-se que alguns médicos cirurgiões explicavam o que ocorreria, mais no sentido da anestesia, e que a criança iria dormir e não sentiria dor. No entanto, outros médicos não falavam nada, pois várias mães ao serem questionadas nas entrevistas sobre o diagnóstico, apenas frisavam que não sabiam e que ali estavam pois o médico havia falado que precisava. Assim, a desinformação ocorre tanto nos pais, e em consequência nos filhos. Ainda neste quesito, muitas mães ao serem informadas que seus filhos receberiam a preparação, ficaram preocupadas, comentando que tinham “protegido” tanto os filhos e a pesquisadora chegaria para contar o que elas haviam escondido.

Outrossim, Pimentel (2001) enfatiza que pais bem informados adotam um comportamento de segurança e carinho junto ao filho, o que reduz a ansiedade parental, também tida como um fator que influencia no stress e na ansiedade das crianças, e por assim ser, contribuindo na redução da ansiedade. Neste sentido, a informação é uma intervenção que atenua a ansiedade e o stress possibilitando ao paciente e familiar o esclarecimento dos objetivos e necessidades dos procedimentos, promovendo maior controle sobre a situação estressora (Pimentel, 2001; Bess d'Alcantara, 2008; Machado, Jesus & Filgueiras, 2008).

Informações simples sobre os procedimentos e o centro cirúrgico contribuem para a redução da ansiedade, medo e problemas suscitados pelo desconhecimento da situação, gerando mais segurança e conforto aos pequenos pacientes (Faleiros, Sadala & Rocha, 2002; Miskowski, 2008; Rossit & Fávere, 2011).

Conforme Bess d'Alcantara (2008) a criança deveria ser preparada por seus pais, no entanto, estes preferem que a preparação seja feita pela equipe de saúde, até porque nem eles próprios possuem as informações necessárias para repassarem aos seus filhos. Neste estudo destaca-se que seria difícil a preparação realizada pelos pais, visto que, eles não possuem as informações e, além disso, estão ansiosos e poderiam influenciar negativamente seus filhos.

Pelo exposto, aponta-se que o objetivo específico de identificar os fatores que podem influenciar no stress e na ansiedade na situação pré-cirúrgica foi alcançado.

6.4 MEMÓRIAS PÓS-CIRÚRGICAS

O último objetivo a ser discutido refere-se a identificar as memórias que as crianças tem sobre a experiência cirúrgica.

Conforme apontado anteriormente poucos são os estudos que fazem referência às memórias de crianças em relação à experiência com cirurgia. Todavia, segundo Anand *et al.* (2000) os primeiros estudos sobre memórias não acreditavam na memória para dor. Hoje existem inúmeros trabalhos provando que até mesmo o recém-nascido já pode captar o estímulo doloroso. Consoante Linhares e Doca (2010) a dor é um fenômeno multidimensional influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Evidências científicas revelam a existência de instrumentos validados para avaliação da dor em crianças, em diferentes etapas do desenvolvimento e contextos clínicos.

Sapolnik *et al.* (2007) relatam que a lembrança da dor e da situação traumática é trazida à tona pela existência de memória. Resultado semelhante foi encontrado neste estudo, visto que a maioria das crianças referiu-se à dor como reação à cirurgia, como forma de se referir ao que lembravam sobre a cirurgia e a hospitalização.

Em relação à faixa etária nota-se que as crianças mais velhas tendem a refinar mais as respostas, ao contrário das crianças menores que fantasiam e fazem rodeios para responder. Este resultado assemelha-se ao que aponta Von Baeyer (2004), o qual alega que devido ao próprio desenvolvimento cognitivo, sabe-se que quanto mais idade tem a

criança, melhor é a qualidade das informações obtidas acerca de um evento ocorrido. As crianças com mais de 10 anos tenderam a responder com mais detalhes as perguntas, no entanto, identificou-se que no conteúdo das respostas e memórias não houve diferença. Entretanto, Von Baeyer (2004) acrescenta que até mesmo bebês de seis meses de idade mostram evidências de memória declarativa, ainda que num curto período de tempo.

Ao longo do desenvolvimento infantil, as crianças vão tendo progressivamente uma maior capacidade de diferenciação e percepção da dor. As crianças (geralmente a partir dos 8 anos de idade) já conseguem avaliar de forma sistemática a qualidade da experiência de dor, existindo uma menor tendência para sobreavaliar. Porém, a investigação tem mostrado que as mudanças de idade tanto podem estar associadas a atitudes mais positivas como a mais negativas em relação aos cuidados de saúde (Fernandes *et al.*, 2014). Mesmo a faixa etária das crianças desta pesquisa sendo restrita, de 6 a 12 anos, notou-se que existe diferença tanto na realização das entrevistas, como na confecção dos desenhos, e isto pode ser influenciado pela postura dos pais, informações prévias e experiências indiretas com situações anteriores de hospitalização.

Do mesmo modo no que diz respeito ao gênero, existem diferenças entre os desenhos de meninos e meninas, posto que as meninas fazem desenhos com mais detalhes e cores, e os meninos confeccionam desenhos mais simples, sem muitos detalhes e cores. No referente às entrevistas, não houve diferenças nos conteúdos relatados de acordo com o gênero, apenas na forma como as perguntas eram respondidas, as meninas dando mais detalhes, e os meninos mais práticos.

De acordo com Broering e França (2008) além da influência ambiental e cultural (em que meninos são estimulados a determinados comportamentos e meninas a outros), existe a herança biológica que acompanha a evolução. Resgatando a história, observam-se papéis totalmente diferentes entre os homens e as mulheres. Eles cuidavam do sustento da família, caçando e enfrentando os perigos da selva. Elas cuidavam da proteção das crias, garantindo a perpetuação da espécie. Enquanto isso, as mulheres se reuniam em grupos com outras mulheres e crianças. Isso alterou significativamente o funcionamento cerebral em relação à comunicação. As meninas levam mais de dez minutos para contar como foi um evento, enquanto os meninos utilizam uma única

palavra: *bom*. A mulher gasta, em média, de 6.000 a 8.000 palavras por dia, enquanto o homem gasta apenas de 2.000 a 4.000 palavras.

Hoje, milhões de anos já se passaram e sabe-se que os papéis dentro da família mudaram muito. Neste mesmo estudo citado anteriormente apontou-se que os comportamentos agressivos são mais comuns em meninos, especialmente no que diz respeito aos espaços não-estruturados, e deste modo, os meninos geralmente estão correndo, competindo, lutando e fingindo que matam. A partir do exposto, hipotetiza-se que estas diferenças culturais possam interferir na maneira como meninos e meninas se expressem na situação de hospitalização e cirurgia. Expressar emoções é um ponto divergente entre meninos e meninas. Elas tem mais facilidade para isso, enquanto o menino como herança genética, a necessidade de ser valente e esconder fraqueza.

Ademais, além das diferenças existentes na confecção de desenhos e formulação das respostas nas entrevistas, de acordo com gênero e faixa etária, notou-se que, em geral as memórias pós-cirúrgicas das crianças pesquisadas foram fidedignas ao que realmente acontece. Em geral as crianças lembram daquilo que vivenciaram e presenciaram no hospital desde sua chegada até o momento da alta, e deste modo, as memórias retratam a condição de hospitalização e cirurgia, trazendo detalhes sobre os aspectos relacionados a esta temática.

Mais importante do que a quantidade das experiências, é sua qualidade e intensidade. Conforme Dahlquist *et al.* (1989) e Bryan (2002) crianças submetidas a procedimentos estressantes foram classificadas como mais ansiosas e estressadas que crianças que não consideraram tais procedimentos como estressantes. Além disso, experiências negativas sugerem sensibilizar a criança tornando-a mais estressada futuramente. Neste estudo pode-se observar que a forma como a criança e seu cuidador passaram pela experiência cirúrgica, influenciou a forma como a criança elaborou suas memórias cerca de quinze dias após a cirurgia. Crianças que tiveram um procedimento menos doloroso, e acordaram sem dor, tiveram memórias mais positivas, todavia, aquelas que sentiram mais dor, perderam e viram sangue, ou presenciaram o choro de sua mãe, tiveram memórias de que o hospital concedeu-lhes uma experiência ruim.

Conforme Brainerd *et al.* (2008), as falsas memórias diminuem com a passagem da infância para a adolescência. Por outro lado, com a idade, também aumenta a acurácia da memória. Apesar da existência de falsas memórias, citadas pelos autores supracitados, não houve neste

estudo indicativos de falsas memórias, ao contrário do que apontam Wessel, Van der Kooy & Merckelbach (2000); Neufeld, & Stein (2001) e Pergher, Stein & Wainer (2005), os quais têm demonstrado que a frequência de memórias intrusivas e o evitar recordações de traumas indicam que pessoas expostas a situações traumáticas tendem a apresentar falhas na memória para o evento. Por se pensar que a cirurgia pode ser uma situação adversa na vida de uma criança, e para tanto, poder-se-ia esperar falsas memórias em relação à hospitalização, pode-se inferir que a situação de hospitalização e posterior cirurgia não necessariamente foi ruim, podendo ser o hospital considerado um ambiente de desenvolvimento infantil, conforme apontam Kazac *et al.* (1995).

Com a análise dos desenhos e relatos pode-se perceber que as crianças lembraram-se de situações como estar no centro cirúrgico ou no quarto de internação, desenhando também os elementos que o compõem, como mobília e instrumentos, a alimentação, ou as pessoas que a acompanham como colegas, família e equipe. Algumas trouxeram o desenho de suas casas e momentos lúdicos. E outras ainda compararam a situação do hospital à de casa, como aconteceu ou é estruturado cada ambiente. Entende-se que para as crianças pesquisadas a hospitalização representou muito mais uma possibilidade de experiência positiva ou desenvolvimento, do que uma situação que acarrete o surgimento de conflitos, dificuldades ou até traumas. Uma explicação para tal fato seria de que nenhuma das crianças possuía idade inferior a 5 anos ou enfrentava severas condições de saúde, fatos que poderiam ser responsáveis por influenciar negativamente o desenvolvimento da criança (Menezes, 2010). Como exemplo de experiência positiva para o desenvolvimento, cita-se a aprendizagem de questões relacionadas à saúde e ao corpo humano, presentes nos desenhos de crianças, que localizaram anatomicamente o local da sua cirurgia.

Igualmente, o conhecimento das profissões da saúde e a utilização de estratégias de enfrentamento do medo e da ansiedade foram experiências evidenciadas nos desenhos pelas crianças do presente estudo – o que novamente evidenciou o contexto hospitalar como um contexto de desenvolvimento infantil. Alguns desenhos referiram-se aos colegas de quarto, às brincadeiras em situação de hospitalização, bem como, a expressões de alegria e diversão.

Em geral, percebeu-se a tentativa das crianças de familiarização do ambiente hospitalar, trazendo elementos do seu cotidiano para dentro

do hospital, uma vez que tudo deste ambiente lhe é estranho (a rotina, os instrumentos, as pessoas), para assim sentirem-se mais confortáveis. Algumas, no entanto, não fazem esse movimento na busca de familiarização, apenas comparam as diferenças entre o hospital e sua casa. Outras, ainda, desenham apenas móveis e espaços hospitalares sem menção a figuras humanas.

Os resultados deste estudo ratificam a importância da utilização do desenho como recurso de investigação de processos psicológicos com crianças. Os desenhos são empregados largamente no cotidiano das crianças, que se utilizam dos mesmos em suas brincadeiras para expressarem suas emoções e significações de experiências vividas. Assim, ainda que o desenho enquanto método de reconhecimento possa evocar um volume menor de informações, ou estimular a fantasia da criança, enquanto técnica de acesso confiável de memórias infantis, necessita ser melhor averiguada. O potencial do uso do desenho como método não deve ser generalizado para pesquisas de outras naturezas.

Ainda no que diz respeito às memórias e aos programas de preparação psicológica pré-cirúrgica notou-se que houve diferenças entre o tipo de preparação realizado e o conteúdo das memórias. Conforme já fora mencionado anteriormente, de acordo com as entrevistas e desenhos destaca-se que o G3 trouxe memórias referentes à preparação realizada, bem como, aos testes aplicados, e trouxe situações relacionadas ao pós-cirúrgico e volta para casa, diferente dos outros grupos que trouxeram menção à situação hospitalar, quarto de hospital e centro cirúrgico. Ademais, o G4 teve memórias relacionadas a choro, expressões de tristeza nos desenhos, sangue e dúvidas.

Pelo exposto, destaca-se que o objetivo específico de identificar as memórias que as crianças têm sobre a experiência cirúrgica foi alcançado, bem como podem-se considerar confirmadas as hipóteses de que há diferenças nas memórias de crianças submetidas a cirurgias eletivas, de acordo com o tipo de preparação e em relação ao grupo de controle, e de que o programa de preparação psicológica pré-cirúrgica que propiciou à criança a visualização do vídeo explicativo trouxe maiores benefícios em relação às memórias posteriores de crianças submetidas a cirurgias eletivas.

6.5 RELAÇÃO ENTRE OS OBJETIVOS E HIPÓTESES

Após a discussão dos resultados, e verificação dos objetivos e hipóteses, notou-se que existem diferenças no stress, na ansiedade e nas

memórias de crianças submetidas a cirurgias eletivas, de acordo com o tipo de preparação psicológica pré-cirúrgica realizada, do pré para o pós-cirúrgico, outrossim, confirmou-se a hipótese de que a preparação trouxe efeitos positivos para as crianças, bem como, as crianças preparadas psicologicamente se beneficiaram, em relação às crianças do grupo controle. Destaca-se que a preparação foi eficaz no stress e na ansiedade de crianças submetidas a cirurgias eletivas. Contudo, é correto afirmar que é válido e necessário fazer uma preparação psicológica pré-cirúrgica, pois a mesma é profícua para a hospitalização, cirurgia, e há indícios de que para a recuperação também, posto que a criança conhecedora de sua situação pôde colaborar no seu processo pós-cirúrgico, devido ao fato de entender e para tanto, saber como lidar com possíveis reações.

Ademais, ao se comparar os três programas de preparação psicológica para a cirurgia, de modo geral, não houve supremacia de um sobre o outro, de acordo com as análises estatísticas, no que se refere à ansiedade e ao stress. Porém, quando se compara os gêneros feminino e masculino, as análises estatísticas, sugeriram diferença estatisticamente significativa em favor do G3 para os meninos. Tal constatação confirma a hipótese de que o programa de preparação psicológica pré-cirúrgica que propiciou à criança a visualização do vídeo explicativo trouxe maiores benefícios em relação à ansiedade, ao stress e às memórias posteriores de crianças submetidas a cirurgias eletivas, bem como atingiu o objetivo de comparar o nível de stress e ansiedade de meninos e meninas.

A hipótese acima ainda pode ser confirmada pelas análises qualitativas, através das quais, por meio dos desenhos e entrevistas percebeu-se a superioridade do G3 em relação aos demais grupos de preparação e em relação ao G4.

A hipótese de que há diferenças nas memórias de crianças submetidas a cirurgias eletivas, de acordo com o tipo de preparação psicológica para a cirurgia também foi confirmada, por meio dos desenhos e entrevistas com as crianças, nas quais se conseguiu identificar as memórias delas, e ao mesmo tempo, responder aos objetivos de identificar estas memórias.

Por assim dizer, neste estudo, de acordo com a preparação, os demais dados coletados, entrevistas com mães e crianças, e desenhos, pôde-se comparar os grupos, e se concluir que o G3 pode ser considerado o mais eficaz nos desenhos e entrevistas, e estatisticamente, mais eficaz para os meninos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1 PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Esta pesquisa buscou verificar quais os efeitos de três programas diferentes de preparação psicológica pré-cirúrgica no stress, na ansiedade e nas memórias posteriores de crianças submetidas a cirurgias eletivas.

Os resultados obtidos por meio da ESI evidenciaram que houve redução da média geral de stress do pré-teste para o pós-teste. Concluiu-se que o grupo que apresentou a maior diferença de média do stress total entre o pré-teste e o pós-teste foi o G3. Porém, no que diz respeito às reações avaliadas, notou-se que todos os grupos apresentaram um declínio do stress em pelo menos um dos grupos de reações. O G3 foi o grupo que apresentou diferenças tanto nas reações psicológicas, quanto nas reações psicofisiológicas e no Stress Total.

Por outro lado, os resultados obtidos com o IDATE-C mostraram que os grupos G1 e G4 apresentaram um decréscimo no nível de ansiedade-traço do pré-teste para o pós-teste, e em contrapartida, os demais grupos apresentaram um decréscimo do nível de ansiedade-estado, embora o único grupo que apresentou diferença estatisticamente significativa foi o G3. O único grupo que apresentou aumento do nível de stress do pré-teste para o pós-teste foi o G4.

Não se verificou diferenças significativas entre as crianças dos três grupos, no entanto, notou-se que os meninos foram mais favorecidos pelo G3, especialmente no que diz respeito ao stress, e em adição a isso, percebeu-se que os meninos com maior nível de stress foram mais beneficiados que os demais, e por isso, pode-se confirmar a hipótese de que existiriam diferenças, quanto à ansiedade e ao stress das crianças, de acordo com o procedimento a que seriam submetidas.

Em relação às entrevistas com as mães e com as crianças, pôde-se notar que crianças e suas respectivas mães do G3, apresentaram-se mais tranquilas frente à situação, comportando-se de forma mais tranquila e colaborativa. Em relação às memórias pós-cirúrgicas, percebeu-se que os grupos retrataram a condição de hospitalização e cirurgia, e trouxeram detalhes sobre os aspectos relacionados a esta temática. No entanto, numa comparação entre os grupos de preparação psicológica, verificou-se que os desenhos do G3 apresentaram melhor qualidade de traçado em todas as faixas etárias, bem como trouxe desenhos relacionados à situação pós-cirúrgica, seja ainda no centro cirúrgico, no

quarto, ou na situação de voltar para casa, diferente dos outros grupos que trouxeram conteúdo referente ao momento que antecedia a cirurgia, seja indo para o hospital, o próprio hospital, o ou o centro cirúrgico.

Concluiu-se que o G3 parece apresentar resultados mais positivos em relação aos demais grupos, tanto qualitativamente quanto quantitativamente no que diz respeito às variáveis estudadas, embora isso não desmereça os outros grupos. Foi possível concluir também que a preparação psicológica pré-cirúrgica é necessária e eficaz, independente de qual metodologia seja utilizada, visto que mesmo sendo simples, sempre produz efeitos positivos e promove estratégias de enfrentamento frente à situação imposta.

7.2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E LIMITAÇÕES

É inegável que a realização deste tipo de pesquisa em um hospital traz riscos para o controle de variáveis. Sendo assim, é necessário considerar que no hospital pesquisado, alguns fatores podem ter concorrido como variáveis intervenientes nos resultados alcançados. Dentre estes pode-se citar o fato de que as crianças ficavam no mesmo quarto, e quando uma criança voltava do centro cirúrgico, era vista pelas crianças que ainda iriam para a cirurgia; o tempo de jejum antes da cirurgia e a conduta dos pais frente a realização da cirurgia de seus filhos.

No presente estudo, a presença de acompanhantes parece não ter garantido o alívio do stress das crianças e, embora esta variável não tenha sido investigada em específico, sabe-se que os pais também não receberam qualquer tipo de instrução especial, visto que alguns deles mencionaram tal questão. Considera-se aceitável que mesmo após a preparação a criança ainda sinta medo, mas que este seja enfrentado devido às condições que a preparação lhe propiciou, para tanto, são necessários novos estudos que aprofundem mais esta questão.

Outro fator importante a ser considerado é o tamanho da amostra deste estudo, o que pode se constituir numa limitação, ou seja, quando da generalização dos resultados

Em relação às dificuldades encontradas neste estudo deve-se considerar a escassez de resultados de pesquisa que sejam consistentes, pois encontram-se descrições de muitas técnicas, mas poucos estudos cuja eficácia seja demonstrada. Porém, é importante salientar que pesquisar os programas de preparação para cirurgia é um empreendimento difícil, pois o pós-teste deve ocorrer depois da

preparação e depois da cirurgia, e neste último momento a sedação altera o comportamento pós-cirúrgico imediato, como se constatou em outro estudo (Broering, 2008). Este fato trouxe para esta pesquisa a possibilidade de reavaliação da criança, e por esta razão, optou-se por avaliá-la cerca de quinze dias após a realização da cirurgia para verificar as memórias que esta criança tem sobre a cirurgia, bem como, avaliar se os programas de preparação podem intervir nestas memórias.

Contudo outra dificuldade deste estudo, diz respeito ao fato de não existirem estudos que falem sobre as memórias pós-cirúrgicas de crianças, e para tanto, não encontraram-se estudos que corroborem os achados desta pesquisa. Anand *et al.* (2000) trazem a informação de que existe memória de dor desde os seis meses de idade, e isto permite inferir que existem memórias referentes às situações adversas. Tal afirmação foi corroborada no presente estudo tendo em vista que as crianças relataram os eventos aos quais foram submetidas com fidedignidade, e, tais eventos foram relatados de forma diferente de acordo com a preparação realizada.

Outra dificuldade que pode ser indicada nos estudos dos estados emocionais de crianças hospitalizadas é o fato de não existir nenhuma escala que avalie o stress e a ansiedade infantil na situação de hospitalização em si, sendo utilizados então, instrumentos que avaliam o stress e a ansiedade gerais. Deste modo, alguns itens que constam nas escalas, não possuem nenhuma relação com a situação estudada, fator este que pode interferir nos resultados gerais da escala, assim como foi possível verificar, que as afirmativas dos instrumentos são diferentes, fator esse que pode interferir nas diferenças de gênero. É importante ponderar que em relação à diferença de gênero supracitada, também não foram encontrados estudos específicos que corroborem e permitam entender tais diferenças.

Os programas mostram, em geral, que os efeitos ocorridos em pacientes preparados psicologicamente para a cirurgia consistem em sofrer menos com ansiedade, apresentar menos condutas negativas, se comportar de forma mais colaboradora e apresentar menos transtornos psicológicos após receberem a alta. Os pais preparados também apresentam menos ansiedade. Todos falam dos benefícios trazidos, porém pouco se diz sobre sua eficácia ao longo do tempo. Outro aspecto pouco mencionado nos estudos é a avaliação do período pós-operatório a longo prazo, o qual é importante salientar. As crianças foram avaliadas cerca de quinze dias após a cirurgia, porém, não há nada conclusivo a

respeito do que lembrariam com um tempo maior após a ocorrência da cirurgia.

7.3 DESDOBRAMENTOS PARA A PRÁTICA

Espera-se que esta pesquisa acrescente resultados relevantes para a produção científica da área, no sentido não só de diminuir a insuficiência metodológica relacionada ao fornecimento de informações precisas acerca dos efeitos da intervenção psicológica sobre o repertório comportamental do indivíduo hospitalizado. Do mesmo modo, também de subsidiar intervenções nesse contexto, auxiliando profissionais que atuam no campo da psicologia da saúde a descrever e analisar comportamentos de crianças expostas a procedimentos médicos, de modo a intervir na redução do stress que acomete crianças que passam por situações de cirurgia.

O profissional da saúde deve ser aquele elemento voltado aos aspectos afetivos, é aquele que deve ouvir o outro lado das queixas do paciente e seus posicionamentos sem estar voltado apenas ao tratamento clínico médico. As crianças pesquisadas não tinham acesso a acompanhamento pré-cirúrgico, mas este é de grande valia e se faz necessário, à medida que tal acompanhamento poderá criar metodologias de trabalho que visem proteger o desenvolvimento da criança, evitando sequelas emocionais futuras, ainda que a permanência da criança no hospital seja curta e a cirurgia simples. O trabalho de preparação poderá promover estratégias de intervenção tanto para a criança, como para a família e a equipe, orientando sobre a necessidade de amparar e acolher a criança, a fim de que se minimizem os sentimentos negativos e a criança se sinta protegida, acionando mecanismos de proteção para seu desenvolvimento.

Os programas mostraram, em geral, que os efeitos ocorridos em pacientes preparados psicologicamente para a cirurgia consistem em sofrer menos com ansiedade, apresentar menos condutas negativas, se comportar de forma mais colaboradora, apresentar menos transtornos psicológicos após receberem a alta, e terem memórias mais saudáveis sobre a cirurgia.

Vale ressaltar que a preparação deve levar em conta as particularidades de cada criança, a idade, gênero, escolaridade, o tipo de doença, o tipo de cirurgia e sua condição de saúde, se teve ou não experiência anterior de cirurgias, inserção familiar e sociocultural, além de sua familiaridade com o ambiente, pessoal e procedimentos

hospitales e estilo de enfrentamento de problemas. Estes programas beneficiam tanto pais e filhos, como o profissional de saúde que irá trabalhar com pessoas preparadas previamente, e assim, se configurar um ambiente mais relaxado, conseguindo mais facilmente a recuperação dos pacientes. Além do que, as técnicas propostas são pouco onerosas, não havendo necessidade de nenhum material de alto custo.

É possível afirmar que o uso de desenhos na situação de hospitalização e posterior alta é de fácil aceitação pelas crianças, o que além de permitir uma situação de brincar, conforme postulam Motta e Enumo (2004) ele representa um modo de acesso da recordação com narrativa livre da criança e reconhecimento dos acontecimentos pelos quais passou, favorecendo uma melhor qualidade das memórias.

É importante enfatizar as etapas sobre o trabalho do psicólogo na preparação das crianças: estudo de caso, preparação pré-cirúrgica, acompanhamento pós-cirúrgico e acompanhamento na reabilitação. Os quatro momentos são permeados pelo contínuo trabalho em relação aos sentimentos do paciente, relação familiar e pela investigação sobre a mudança ocorrida na sua vida e na da família durante o processo.

Frente às situações relacionadas à saúde da criança e do adolescente, é fundamental uma abordagem multiprofissional que envolva também os aspectos psicológicos da criança/adolescente e suas famílias. É necessário que os profissionais da saúde estejam sensibilizados para os aspectos que transcendem o tratamento médico, pois os resultados do tratamento e as intervenções podem ficar comprometidos se não se considerarem esses aspectos.

Após a realização desta pesquisa, deixa-se a sugestão para o hospital, de incluir no atendimento a preparação psicológica pré-cirúrgica, visto que por meio desta, ficou evidente, o quanto as crianças se beneficiaram dos programas, tornaram-se mais participativas em seu processo de hospitalização, conforme relato das mães, e das enfermeiras.

Assim, a implementação de serviços de atendimento no hospital deve considerar um planejamento ambiental da instituição para que possam ser efetuadas orientações em relação ao desenvolvimento psicológico da criança. Há necessidade de compreensão da relação entre o paciente e o ambiente em que são dispensados os cuidados com o tratamento, a fim de que se possa conhecer a realidade pesquisada. Deste modo, conhecendo-se as interações que ocorrem neste sistema, é possível elaborar uma intervenção acurada, que propicie de forma profícua, estratégias de enfrentamento por parte da criança e de sua

família na situação de hospitalização e cirurgia, para as quais normalmente não estão preparados.

7.4 DESDOBRAMENTOS PARA A PESQUISA

Em tempo, sugere-se novos estudos sobre o levantamento das memórias de crianças hospitalizadas, uma vez que se encontra material escasso e desatualizado na literatura. Recomenda-se que próximos estudos procurem investigar as memórias a respeito da hospitalização através da comparação dos conteúdos obtidos em intervalos de tempo inferior e superior a quinze dias. O tempo transcorrido desde o evento pode influenciar no tipo de lembranças, na qualidade da riqueza dos detalhes apresentados e na inclusão de comentários de outros. Sabe-se que pesquisas com intervalo superior a um ano após o evento não são indicadas (Gross & Hayne, 1999), no entanto, não foram encontradas pesquisas comparativas dos resultados obtidos através de estudos em diferentes intervalos de tempo.

Faltam ainda, trabalhos que tratem da saúde da criança/adolescente brasileiro a fim de dar base a essas intervenções. Conforme Castro (2007) a grande maioria da literatura científica nessa área vem de estudos realizados em países desenvolvidos, e sabe-se que nem sempre os resultados encontrados se encaixam ao contexto brasileiro. Além disso, esses estudos utilizam diferentes critérios e medidas para investigar os aspectos psicossociais da saúde da criança, geralmente utilizando fontes de informação de terceiros (pais, professores, etc.), já que pouca informação é obtida através da criança. São necessários estudos empíricos que considerem as particularidades da criança doente, sua fase evolutiva, suas condições emocionais, familiares e sociais. Torna-se importante estudar e analisar as implicações dos diversos tipos de problemas de saúde e hábitos de saúde para a criança e adolescente, trabalho que ainda está inacabado.

Ao mesmo tempo em que é importante uma atividade clínica efetiva e eficaz em psicologia pediátrica, são necessárias mais pesquisas que tratem da saúde da criança/adolescente brasileiro a fim de dar base a essas intervenções.

Outra questão a ser abordada em futuros estudos seria um trabalho de preparação psicológica para as mães e/ou cuidadores, pois destacou-se a ansiedade parental, e deste modo, uma atividade deste âmbito poderia trazer benefícios não só para a criança como para a

família como um todo, e por ser assim, previamente as crianças já estariam sendo preparadas pelos seus pais.

Outro futuro estudo poderia voltar-se a investigar melhor as diferenças de gênero nas situações de hospitalização e cirurgia, bem como, na avaliação do stress e da ansiedade.

Por fim, estudos com amostras maiores também poderiam trazer melhores resultados para esta temática.

REFERÊNCIAS

- Adolphs, R., Denburg, N. L. & Tranel, D. (2001). The amygdala's role in long-term declarative memory for gist and detail. *Behavioral Neuroscience*, 15 (5), 983-992.
- Altamirano, E.H.D. & Jereissati, L. A. (2002). Fisioterapia Respiratória e o processo de hospitalização criança-mãe. *Psicologia: Teoria e Prática*, 4 (2), 57-65.
- Amitay, G.B., Kosov, I., Reiss, A., Toren, P., Yoran-Hegesh, R., Kotler, M. & Mozes, T. (2006). Is elective surgery traumatic for children and their parents? *Journal of Paediatrics an Child Health*. 42, 618-624.
- Anand, K.J.S., McGrath P., Schechter N. & Levetown M. (2000). *A dor na infância*. SP: Nestlé Nutricion Services.
- Andrada, E. G. C. (2007). Treinamento de Suporte Parental (TSP) como fator de promoção do suporte parental e do desempenho escolar de crianças na primeira série. *Tese de Doutorado em Psicologia*, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Andraus, L.M.S., Minamisava, R.F. & Munari, D.B. (2004). Comunicação com a criança no pré-operatório. *Pediatria Moderna*, 40 (6), 242-246.
- Andreani, G. (2006). Satisfação e responsabilidade: o envolvimento do pai na gravidez durante a transição para a parentalidade. *Dissertação de Mestrado em Psicologia*, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Angerami-Camon, V.A. (1995). *Psicologia Hospitalar: teoria e prática*. 2 ed. São Paulo: Editora Pioneira.
- Angerami-Camon, V.A., Nicoletti, E.A. & Chiattonne, H.B.C. (1996). *O Doente, a Psicologia e o hospital*. 3 ed. São Paulo: Pioneira.
- Arnett, J.L. (2006). Psychology and health. *Canadian Psychology*, 47 (1), 19-32.

- Azevedo, D.M., Santos, J.J.S., Justino, M.A.R., Miranda, F.A.N. & Simpson, C.A. (2008). O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet], 10 (1). Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a13.htm>. Acesso: 27/05/08.
- Barbosa, M. E., Ávila, L.M., Feix, L.F. & Oliveira, R.G. (2010). In: STEIN, Lilian Milnitsky *et al.* Falsas memórias e diferenças individuais. *Falsas Memórias: Fundamentos científicos e suas aplicações clínicas e jurídicas*. (133-156). Porto Alegre: Artmed.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Trad. L. A. Reto e A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70.
- Barros, L. (2003). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: In: Barros, L. *Psicologia Pediátrica*. Lisboa: Clinepsi.
- Batista, D. (trad.). (1995). – *DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beier, S. (1997). Desenvolvimento da atenção integral à criança com fibrose cística. In: Ceccim, R.B. & Carvalho, P.R.A. (org.). *Criança Hospitalizada: Atenção integral como escuta a vida*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.
- Bess d’Alcantara, E. (2008). Criança hospitalizada: O impacto do ambiente hospitalar no seu equilíbrio emocional. *Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 3 (6), 38-55.
- Bezerra, L.F.R. & Fraga, M.N.O. (1996). Acompanhar um filho hospitalizado: compreendendo a vivência da mãe. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49 (4), 611-624.
- Biaggio, A & Spielberger, C.D.(1983). *Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE-C Manual*. Rio de Janeiro: CEPa.
- Bibace, R. & Walsh, M. (1980). Development of children’s concepts of illness. *Pediatrics*, 66, 912-917.

- Bichara, I.D. (1994). Um estudo etológico da brincadeira de faz-de-conta em crianças de 3 – 7 anos. *Tese de Doutorado pelo Instituto de Psicologia da USP*, São Paulo.
- Borges, L.M. (1999). Manejo da dor pediátrica. In: Carvalho, M.M.M.J. (org.). *Dor: um sentido multidisciplinar*. (265-297). São Paulo: Summus.
- Brainerd, C. & Reyna, V. (2005). *The science of false memory*. New York: Oxford University Press.
- Brainerd, C. & Reyna, V. & Ceci, S.J. (2008). Developmental reversals in false memory: a review of data and theory. *Psychological Bulletin*, 134 (3), 343-382.
- Broering, C. V. (2008). Efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas. *Dissertação de Mestrado em Psicologia* da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Broering, C.V. & Crepaldi, M.A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. *Paidéia*, Ribeirão Preto, SP, 18 (39), 61-72.
- Broering, C.V. & França, G.R. (2008). Diferenças Comportamentais de Gêneros em Espaços Estruturado e Não-Estruturado. *Revista Psicologia para América Latina*, (13). Recuperado em 13 de setembro de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-0X2008000200008&lng=pt&tlng=pt.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22 (6), 723-742.
- Bronfenbrenner, U. & Ceci, S.J. (1994). Nature-Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: A Bioecological Model. *Psychological Review*, 101 (4), 568-586.

- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In: Damon, W. (org.). *Handbook of child psychology*, (v.1, p. 993-1027). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Enviroments in developmental perspective: theoretical and operational models. In S. L. Friedman, & T. D. Wachs (Ed.). *Measuring enviroments across the life span: emerging methods and concepts*. (3-28). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Bronfenbrenner, U., & Evans, G. W. (2000). Developmental Science in the 21st Century: emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, 9 (1), Oxford, (s/n).
- Bryan, K. (2002). *Neurociência do Comportamento*, SP: Ed. Manole.
- Burbach, D.J. & Peterson, L. (1986). Children's concepts of physical illness: a review and critique of the cognitive developmental literature. *Health Psychology*, 5 (3), 307-325.
- Cairo, C. (1999). *Linguagem do corpo: aprenda a ouvi-lo para uma vida saudável*. São Paulo: Mercuryo.
- Calvett, P. Ü., Silva, L. M. & Gauer, G. J. C. (2008). Psicologia da saúde e criança hospitalizada. *Psic. Rev. De Psicologia da Vetor Editora*, 9 (2), 229-234.
- Campos, I.C.M. (2006). Diagnóstico de Transtornos Mentais e Comportamentais e Relação com Trabalho de Servidores Públicos Estaduais. *Dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis*.
- Campos, T.C.P. (1995). *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.

- Caumo, W., Broenstrup, J.C. & Fialho, L. (2000). Risk factors for post-operative anxiety in children. *Acta Anaesthesiol Scand*, 44, 782-789.
- Cecil, A. & Poole, F.R.C. (1983). *Ansiedade – um obstáculo entre o homem e a felicidade*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Renes Ltda.
- Ceccim, R.B. (1997). Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à saúde. In: Ceccim, R.B. & Carvalho, P.R.A. (org.). *Criança Hospitalizada: Atenção integral como escuta a vida*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.
- Chen, E. (2000). Children's memories for painful cancer treatment procedures: implications for distress. *Child. Develop*, 71, 933-947.
- Chiattonne, H.B.C. (1988). A criança e a hospitalização. In: Angerami-Camon, V.A. (org.). *Psicologia Hospitalar: teoria e prática*. (95-102). São Paulo: Editora Pioneira.
- Chiattonne, H.B.C. (1998). A criança e a morte. In: Angerami-Camon, V.A. (org.) *E a psicologia entrou no hospital*. (69-146). 2 ed. São Paulo: Pioneira.
- Compas, B.E., Malcarne, V.L. & Fondacaro, K.M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (3), 405-411.
- Costa Jr, A. L. (1999). Psicooncologia e Manejo de Procedimentos Invasivos em Oncologia Pediátrica: uma revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (1), 107-118.
- Costa Jr., A.L., Coutinho, S.M.G. & Ferreira, R.S. (2006). Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais. *Paidéia*, 16 (33), 111-118.
- Costa Jr., A.L., Doca, F.N.P., Araújo, I., Martins, L., Mundim, L., Penatti, T., Sidrim, A. C. (2012). Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 29 (2), 271-284.

- Crepaldi, M.A. (1998). Famílias de crianças acometidas por doenças crônicas: representações sociais da doença. *Paidéia: Cadernos de psicologia e educação*, 8 (14/15), 151-167.
- Crepaldi, M.A. (1999). *Hospitalização na Infância: Representações Sociais da Família sobre Doenças e a Hospitalização de seus Filhos*. Taubaté, SP: Cabral Editora Universitária.
- Crepaldi, M.A. & Hackbarth, I.D. (2002). Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. *Temas em Psicologia da SBP*, 10 (2), 99-112.
- Crepaldi, M.A., Rabuske, M.M. & Gabarra, L.M. (2006). Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In: Crepaldi, M.A., Linhares, B.M., Perosa, G.B. (org.). *Temas em Psicologia Pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cruz, A.P.M., Zangrossi Jr., H. & Graeff, F. (1998). Psicobiologia da Ansiedade. In: Rangé, B. (org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva. Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas*. (p.301-312). 2 ed. Campinas: Editorial Psy II.
- Dahlquist L.M. (1989). Preparing children for medical examination of a learned fear. *Behav. Res. Ther.*, 27,51-58.
- Dancey, C.P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem Matemática para Psicologia usando SPSS para Windows*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Danna, M., F. & Matos, M. A. (1996). *Ensinando observação: uma introdução*. São Paulo: Edicon.
- Darwish, R.A. & Galvão, O.F. (2001). Integração de razão e emoção: acerca da importância do condicionamento respondente para a noção de operante. In: Guilhardi, H.J. (org.). *Sobre Comportamento e Cognição. Expondo a variabilidade*. (82-85). 1 ed. v.8. Santo André-S.P.: ESETEC Editores Associados.
- Di Leo, J.H. (1985). *A interpretação do desenho infantil*. Trad. Marlene Neves Strey. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Doca, F. N. P. & Costa Jr, A. L. (2007). Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. *Paidéia*, 17 (37), 167-179.
- Eckenhoff, J.E. (1959). Relationship of anesthetic to postoperative personality changes in children. *AJDC*, 86, 587-591.
- Edwinson, M., Arnbjornsson, E. & Ekman, R. (1988). Psychology preparation program for children undergoing acute appendectomy. *Pediatrics*, 82, 30-36.
- Erdmann, A.L. & Sousa, F.G.M. (2009). Cuidando da Criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais de saúde. *O Mundo da Saúde*, 33 (2), 150-160.
- Faleiros, F., Sadala, M. L. A., & Rocha, E. M. (2002). Relacionamento terapêutico com criança no período perioperatório: utilização do brinquedo e da dramatização. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(1), 58-65.
- Faquinello, P., Higarashi, J.H. & Marcon, S.S. (2007). O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, 16 (4), 609-616.
- Fávero, M.H. & Salim, C.M.R. (1995). A relação entre os conceitos de saúde, doença e morte: Utilização do desenho na coleta de dados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 11, 181-191.
- Fernandes, S.C., Arriaga, P. & Esteves, F. (2014). Atitudes infantis face aos cuidados de saúde e percepção de dor: papel mediador dos medos médicos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19 (7), 2073-2082.
- Fighera, J. & Viero, E.V. (2005). Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. *Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 8 (2), 51-63.
- Fincher, W., Shaw, J. & Ramelet, A.S. (2011). The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent

anxiety: a single-blind randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 946-955.

Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman.

Fonkalsrud, E.W. (2001). Pediatric surgery advances into university hospital. *Journal of Pediatric Surgery*, 36 (6), 409-415.

Françoso, L.P.C. (2001). Assistência psicológica à criança com câncer – os grupos de apoio. In: Valle, E.M.R. (org.) *Psico-oncologia pediátrica*. (77-127). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fukuchi, I., Morato, M.M.M., Rodrigues, R.E.C., Moretti, G., Júnior, M.F.S., Rapoport, P.B. & Fukuchi, M. (2005). Perfil psicológico de crianças submetidas a adenoidectomia e/ou amigdalectomia no pré e pós operatório. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 71 (4), 521-525.

Gabarra, L. M. (2005). Crianças hospitalizadas com doenças crônicas: a compreensão da doença. *Dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis*.

Gabarra, L. M. & Crepaldi, M. A. (2011). A comunicação médico - paciente pediátrico – família na perspectiva da criança. *Psicologia Argumento*, 29 (65), 209-218.

Gaíva, M.A.M. & Silva, F.B. (2014). Caderneta de Saúde da Criança: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem da UFPE*, 8 (3), 742-749.

Garcés, C.B., & Assef, V.C. (2004). *Control de la respuesta psicológica en el paciente quirúrgico pediátrico*. Recuperado em 2 de fevereiro de 2010, de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin>.

Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *O inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta.

Gorayeb, R.P., Petean, E.B.L., Pileggi, F.O., Tazima, M.F.G.S., Vicente, Y.A.M.V., Gorayeb, R. (2009). Importance of psychological

- intervention for the recovery of children submitted to elective surgery. *Journal of Pediatric Surgery*, 44, 1390-1395.
- Gorayeb, R. & Range, B. (1987). Metodologia Clínica: Técnicas Comportamentais. In: Lettner, H.W. & Range, B. *Manual de Psicoterapia Comportamental*. (73-84). São Paulo: Manole.
- Gratz, R.R. & Piliavin, J.A. (1984). What makes kids sick: children's beliefs about the causative factors of illness. *Children Health Care*, 12 (4), 156-162.
- Grilo, A.M. & Pedro, H. (2005). Contributos da Psicologia para as profissões de saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9 (1), 69-89.
- Gross, J. & Hayne, H. (1999). Drawing Facilitates Children. *Journal Of Experimental Psychology: Applied*, Dunedin, Nova Zelandia, 5 (3), 265-283.
- Guimarães, S.S. (1999). Psicologia da Saúde e doenças crônicas. In: Kerbaux, R.R. (org.). *Comportamento e Saúde: explorando alternativas*. (22-45). Santo André, SP: ARBytes.
- Hackbarth, I.D. (2000). Fantasias de crianças frente à cirurgia. *Monografia de Conclusão de Curso de Especialização em Psicologia da Saúde*, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.
- Harris, C.R. & Pashler, H. (2006). Enhanced memory for negatively emotionally charged pictures without selective rumination. *Emotion*, 5 (2), 191-199.
- Harris, P. L. (1996). *Criança e emoção: O desenvolvimento da compreensão psicológica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Harris, P., Olthof, T. & Terwogt, M.M. (1981). Children's knowledge of emotion. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 22, 247-261.
- Imori, M.C. & Rocha, S.M.M. (1997). Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada: revisão crítica de literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, 10 (3), 37-43.

- Kain, Z.N., Mayes, L.C. & Wang, S.M. (1998). Parental presence during induction of anesthesia versus sedative premedication: which intervention is more effective? *Anesthesiology*, 89, 1147-1156.
- Kaplan, H., Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria*. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kazak, A.E., Segal-Andrews, A.M. & Johnson, K. (1995). Pediatric Psychology Research and Practice: A Family/Systems Approach. In: Roberts, M.C. (Ed.). *Handbook of Pediatric Psychology*. (84-104). 2 ed. London: The Guilford Press.
- Kerlinger, F.N. (1980). *Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: EPU: EDUSP.
- Kiyohara, L.Y., Kayano, L.K., Oliveira, L.M., Yamamoto, M.U., Inagaki, M.M., Ogawa, N.Y., Gonzales, P.E.S.M., Mandelbaum, R., Okubo, S.T., Watanuki, T. & Vieira, J.E. (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo*, 59 (2), 51-56.
- Klimes-Dougan, B. (1998). Screening for suicidal ideation in children and adolescents: Methodological considerations. *Journal of Adolescence*, 21 (4), 435-444.
- Kohlsdorf, M. & Seidl, E.M.F. (2012). Comunicação medico-cuidador-paciente em onco-hematologia pediátrica. *Psicologia Argumento*, 29 (66), 373-381.
- LaBar, K.S. & Cabeza, R. (2006). Cognitive neuroscience of emotional memory. *Nature*, 7, 54-64.
- Lakatos, E.M. & Marconi, M.A. (1991). *Metodologia Científica*. 2 ed. São Paulo: Atlas.
- Lapacó, M., Herran, M. & Navari, C. (1996). El manejo de la información en el paciente pediátrico. *Arch. Arg. Pediatr.*, 94, 111-113.

- Lei 8.069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. (16 de julho de 1990).
- Leitão, M.S. (1993). *O Psicólogo e o Hospital*. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzatto.
- Le Roy, S., Elixson, E. M., O'Brien, P., Tong, E., Turpin, S., Uzark, K. (2003). Recommendations for preparing children and adolescents for invasive cardiac procedures. *Circulation: Journal of the american heart association*, 108, 2550-2564.
- Linhares, M.B.M & Doca, F.N.P. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 307-325.
- Lipp, M.E.N. & Malagris, L.N. (1998). Manejo de Estresse. Rangé, B. (org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva. Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas*. (279-292). 2 ed. Campinas: Editorial Psy II.
- Lipp, M. E.N. (2000). *Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções*. Campinas: Papyrus.
- Lipp, M.E.N. & Lucarelli, M.D.M. (2005). *Escala de Stress Infantil: ESI: manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Litman, R.S., Berger, A.A. & Chhibber, A. (1996). An evaluation of preoperative anxiety in a population of parents of infants and children undergoing ambulatory surgery. *Paediatric Anaesthesia*, 6, 443-447.
- Lucarelli, M.D.M. (1997). Inventário de Sintomas de Stress Infantil – ISS-I: Um estudo de validação. *Dissertação de Mestrado Não Publicada*, Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, PUC, Campinas, S.P.
- Machado, A. B., Jesus, M. A. G. S. & Filgueiras, M. S. T. (2008). A importância da ajuda psicológica na preparação para cirurgia com

crianças. *Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora Revista*, 22, 223-238.

Magalhães, F. M., Gusmam, D. P. P., & Grecca, K. R. R. (2010). Preparo psicológico em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca pediátrica. *Revista Brasileira Terapia Cognitiva* 6(2), 144-166.

Mahajan, R.W., Wyllie, R., Steffen, R., Kay, M., Kitaoka, G., Dettorre, J., Sarigol, S. & McCue, K. (1998). The effects of a psychological preparation program on anxiety in children and adolescents undergoing gastrointestinal endoscopy. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 27 (2), 161-165.

Marcelli, D & Cohen, D. (2009). *Infância e Psicopatologia*. 7° ed. Porto Alegre: Artmed.

Marques, K.B.G., Gradvohl, M.P.B. & Maia, M.C.G. (2010). Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú – CE. *RBPS*, 23 (4), 358-367.

Martins, T. S. S. & Silvino, Z. R. (2010). Um marco conceitual para o cuidado à criança hospitalizada à luz da teoria de Neuman. *Cogitare Enfermagem*, 15 (2), 340-4.

Massako, O. (2002). Desenvolvimento do Sistema Nociceptivo e Supressor da Dor. In: *Dor, Contexto Interdisciplinar*, Maio: Paraná.

Melamed, B. & Siegel, L. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modelling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 511-521.

Mello, D.C., & Rodrigues, B.M.R.D. (2008). O acompanhante de criança submetida à cirurgia cardíaca: contribuição para a enfermagem. *Escola Anna Nery*, 12 (2), 517- 525.

Mello, J. F. (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Meltzoff, J. (2001). *Critical thinking about research psychology and related fields*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Menezes, M. (2010). A criança e sua rede familiar: significações do processo de hospitalização. *Tese de Doutorado em Psicologia* – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, S.C.
- Miskowski, E. M. P. (2008). Intervenção psicológica em crianças a serem submetidas a cirurgia através do brinquedo terapêutico diretivo. *Monografia de Graduação em Psicologia*, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE.
- Miyazaki, M.C.O., Amaral, V.L.A.R. & Salomão, J.B. (1999). Asma na infância: dificuldades no manejo da doença e problemas comportamentais. In: Kerbauy, R.R. (org.) *Comportamento e Saúde: explorando alternativas*. (99-118). Santo André, SP: ARBytes.
- Moix, J. (1996). Preparación psicológica para la cirugía en pediatría. *Archivos de pediatría*, 47 (4), 211-217.
- Mondolfi, A. & Salmen, T. (1993). Evaluación preoperatoria del paciente pediátrico. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 56 (1), 52-56.
- Moro, E.T & Modolo, N.S.P. (2004). Ansiedade, a criança e os pais. *Rev. Bras. de Anestesiologia*, 54 (5), 728-738.
- Motta, A.B. & Enumo, S.R.F. (2004). Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 19-28.
- Myers, D. G. (1999). Memória. In: Myers, D. G. *Introdução à psicologia geral*. (190-215). Rio de Janeiro: Ltc.
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2004). O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In: Koller, S.H. (Ed.). *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil*. (55-69). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Neufeld, C.B. & Stein, L.M. (2001). A compreensão da memória segundo diferentes perspectivas teóricas. *Revista Estudos de Psicologia*, 18 (2), 50-63.
- Neufeld, C.B., Brust, P.G. & Stein, L.M. (2008). Adaptação de um método de investigação do impacto da emoção na memória. *Psico-USF*, 13 (1), 21-29.
- Neufeld, C.B., Brust, P.G. & Silva, M.T.G. (2011). Investigação da memória em crianças em idades escolar e pré-escolar. *Psicologia em Estudo*, 16 (1), 123-130.
- Novaes, L.H.V.S & Portugal, G. (2004). Ecologia do desenvolvimento da criança hospitalizada. *Revista Paulista de Pediatria*, 22 (4), 221-229.
- Oaklander, V. (1980). *Descobrendo crianças: Abordagem gestáltica com crianças e adolescentes*. São Paulo: Summus.
- Ocampo, M.L.S. (1979). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Oliveira, B.R.G. (1999). Criança Hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, 7 (5), 95-102.
- Oliveira, L.D.B., Gabarra, L.M., Marcon, C., Silva, J.L.C. & Macchiaverni, J., (2009). A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. *Revista Bras. Cresc. Desenvolvimento Hum.*, 19 (2), 306-312.
- Oliveira, S.S.G., Dias, M.G.B.B. & Roazzi, A. (2003). O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (1), 1-13.
- Ortiz, M.R.L. (1997). A Psicologia Hospitalar na atenção à criança e à família. In: Ceccim, R.B. & Carvalho, P.R.A. (org.). *Criança Hospitalizada: Atenção integral como escuta a vida*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.

- Paladino, C.M., Carvalho, R., Almeida, F.A. (2014). Brinquedo terapêutico no preparo para a cirurgia: comportamentos de pré-escolares no período transoperatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, (48) 3, 423-429.
- Peniche, A.C.G. & Chaves, E.C. (2000). Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, 8 (1), 45-50.
- Pergher, G.K., Grassi-Oliveira, R. Ávila, L.M. & Stein, L.M. (2005). Memória, humor e emoção. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28 (1), 5-12.
- Perrin, E.C., Sayer, A.G. & Willett, J.B. (1991). Sticks and stones may break my bones...reasoning about illness causality and body functioning in children who have a chronic illness. *Pediatrics*, 67 (6), 841-849.
- Pimentel, M. H. (2001). Preparação pré-operatória da criança e da família. *Revista Servir*, 49 (4), 172-177.
- Pinotti, H.W. & Priori, J. (1975). Reações Psicológicas do Paciente na Cirurgia do Aparelho Digestivo. In: Pinotti, H.W. *Atualização Cirúrgica*. (187-195). São Paulo: Livraria Manole.
- Pinus, J. (2004). *Cirurgia Pediátrica: perspectivas futuras – Declaração da Cirurgia Pediátrica*. Recuperado em 06 de julho de 2006, de www.einstein.biblioteca/artigos/Vol2Num1/EMC%20=%20Cirurgia%20Pediátrica....pdf.
- Piuvani, V. (2011). *O uso do desenho no trabalho clínico com crianças. Teoria e Técnica*. Belo Horizonte: Artesã.
- Polônia, A. C., Dessen, M. A., & Silva, N. L. P. (2005). O modelo bioecológico de Bronfenbrenner: contribuições para o desenvolvimento humano. In M. A. Dessen, & A. L. Costa Junior (Ed.). *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. (71-89). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar. *Sistema da Legislação da Saúde*. (30 de dezembro de 2013).
- Portaria Nº 199, de 30 de janeiro de 2014. Dispõe sobre a Política Nacional de Humanização. *Secretaria Estadual da Saúde*. (30 de janeiro de 2014).
- Prati, L. E., Couto, M. C. P. P., Moura, A., Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Revisando a inserção ecológica: uma proposta de sistematização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (1), 160-169.
- Ribeiro, C. R., & Pinto Junior, A. A. (2009). A representação social da criança hospitalizada: um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 12(1), 31-56.
- Ribeiro, R.M., Tavano, L.D. & Neme, C.M.B. (2002). Intervenções psicológicas nos períodos pré e pós- operatório com pacientes submetidos a cirurgia de enxerto ósseo. *Estudos de Psicologia*, 19, 67-75.
- Romano, B.W. (1994). Por que considerar os aspectos psicológicos na cirurgia de revascularização do miocárdio. In: Romano, B.W. (org.). *A Prática da Psicologia nos Hospitais*. (55-66). São Paulo: Pioneira.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rossit, R. A. S. & Fávere, D. C. (2011). Influência de atividades pedagógicas sobre o comportamento de crianças hospitalizadas e seus acompanhantes. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 23(3), 52-67.
- Sabatés, A.L. & Borba, R.I.H. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Rev. Lat-Americana de Enfermagem*, 13 (6), 963-973.

- Sadala, M.L.A. & Antônio, A.L.O. (1995). Interagindo com a Criança Hospitalizada: Utilizando Técnicas e Medidas Terapêuticas. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, 3 (2), 93-106.
- Salmon, K. (2006) Preparing Young Children for Medical Procedures: taking account of memory. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(8) pp. 859–861.
- Santos, R.F. & Stein, L.M. (2006). *O impacto da emoção na memória e suas distorções: Uma revisão crítica*. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Salponik, R., Almeida, P & Souza, M. (2007). Memória da Dor em Crianças Oncológicas. *Pediatria Moderna*, 45 (4),146.154.
- Schmidt, B. (2012). Relacionamento Conjugal e Temperamento de Crianças dom Idade entre quatro e seis anos. *Dissertação de Mestrado em Psicologia* da Universidade Federal de Santa Catarina.
- Sebastiani, R.W. (1984). Atendimento Psicológico à Ortopedia. In: Camon, V.A.A. *Psicologia Hospitalar. A atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar*. Série Psicoterapias Alternativas. São Paulo: Traço.
- Sebastiani, R.W. (1995). Atendimento Psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In: Camon, V.A.A. *Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática*. (29-71). 2 ed. São Paulo: Editora Pioneira.
- Skinner, B.F. (1994). *Ciência e Comportamento Humano*. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Sikilero, A.S. (1997). Recreação: uma proposta terapêutica. In: Ceccim, R.B. & Carvalho, P.R.A. (org.). *Criança Hospitalizada: Atenção integral como escuta a vida*. (59-65). Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.
- Silva, A. R. (2000). A Ansiedade do Paciente Ortopédico hospitalizado em situação pré-cirúrgica. *Monografia de Conclusão de Curso* de

Especialização em Psicologia da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.

- Silva, M.E.M., Feuser, M.R., Silva, M.P., Uhlig, S., Parazzi, P.L.F., Rosa, G.J. & Schivinski, C.I.S. (2011). Cirurgia cardíaca pediátrica: o que esperar da intervenção fisioterapêutica? *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 26 (2), 264-272.
- Silva, J. M. M. (2010). O desenho na expressão de sentimentos em crianças hospitalizadas. *Fractal. Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, 22 (2), 447-456.
- Silva, M.T.A. (1997). Modelos Animais de Ansiedade. In: Zamignani, D.R. (org.). *Sobre Comportamento e Cognição. A aplicação da análise do comportamento e da Cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. (91-96). São Paulo: ARBytes LTDA.
- Silva, N.L.P. & Dessen, M.A. (2005). Intervenção precoce e família: contribuições do modelo bioecológico de Bronfenbrenner. In: Dessen, M.A., Costa Jr, A.L. *A ciência do desenvolvimento humano. Tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, S.C., Pinto, K.O., Lúcia, M.C.S., Gavião, A.C.D. & Quayle, J. (2002). A inserção do jogo de areia em contexto psicoterapêutico hospitalar e em enfermagem cirúrgica: um estudo exploratório. *Psicologia Hospitalar* (São Paulo), 2 (2), 0-0.
- Silva, S.M.C. (2002). *A constituição social do desenho da criança*. Campinas – S.P.: Mercado de Letras.
- Soares, M.R.Z. & Bomtempo, E. (2004). A criança hospitalizada: análise de um programa de atividades preparatórias para o procedimento médico de inalação. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 21(1), 53-64.
- Soares, M.R.Z. & Zamberlan, M.A.T. (2001). A inclusão do brincar na hospitalização infantil. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 18 (2), 64-69.

- Sobrinho, E.C. Barbosa, F.R. & Dupas, G. (2011). Brinquedoteca Itinerante: Caminhando e aliviando o sofrimento causado pela hospitalização. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. 11 (2), 101-107.
- Sousa, E. S, Araujo, F. E. L., Santos, J. A. F & Carvalho, D. B. (2010). *A Importância do Psicólogo no tratamento de Crianças Hospitalizadas. Monografia de Conclusão de Curso*. Universidade Federal do Piauí.
- Souza, M.C., Paiva, L.E., Teixeira, M.G., Souza Jr, A.H.S., Habr-Gama, A. & Pinotti, H.W. (1988). Semiologia Psicológica do Período Pré-Operatório. *Revista Brasileira de Cirurgia (São Paulo)*, 78 (3), 167-170.
- Souza, T.V. & Oliveira, I.C.S. (2010). Internação Familiar/Acompanhante e Equipe de Enfermagem no Cuidado à Criança Hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. *Revista de Enfermagem*, 14 (3), 551-559.
- Stevens, J.O. (1988). *Tornar-se presente: Experimento de crescimento em gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.
- Tesser, N.L. & Prebianchi, H.B. (2013, setembro). Preparação Psicológica de Pacientes Adultos e Infantis para cirurgia: uma Revisão. *Anais do XVIII Encontro de Iniciação Científica*. Campinas, SP, Brasil, 18.
- Thomazine, A.M., Passos, R.S., Junior, O.G.B., Collet, N. & Oliveira, B.R.G. (2008). Assistência de Enfermagem à Criança Hospitalizada: um resgate histórico. *Revista Ciência Cuidado e Saúde*, 7 (1), 145-152).
- Trinca, A.M.T. (2003). *A intervenção terapêutica breve e a pré-cirurgia infantil: o procedimento de desenhos-estórias como instrumento de intermediação terapêutica*. São Paulo: Vetor.
- Turner, R. M. (1999). Dessensibilização Sistemática. In: Caballo, V.E. *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. (167-195). São Paulo: Santos Livraria Editora.

- Twardosz, S., Weddle, K., Borden, L. & Stevens, E. (1986). A comparison of three methods of preparing children for surgery. *Behavior Therapy*, 17, 14-25.
- Uman, L. S., Chambers, C. T., McGrath, P. J. & Kisely, S. (2008). A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: an abbreviated Cochrane Review. *Journal of pediatric psychology*, Advance Access published on April 2, 1-13.
- Urieta, M.V., Aguirre, J.A.B., Gutiérrez, R.R. (2005). Programa de preparación psicológica para la cirugía infantil: “Um dia en el hospital: mañana me operan”. En: *AEPap Ed. Curso de Actualización Pediatría* (239-244). Madrid: Exlibris Ediciones.
- Valle, E.R.M. (1990). Fragmentos do discurso da família da criança com câncer: no hospital, em casa e na escola. *Pediatria Moderna*, 25 (1), 5-21.
- Visintainer, M.A. & Wolfer, J.A. (1975). Psychological preparation for surgical pediatric patients: The effect on children's and parent's stress responses and adjustment. *Pediatrics*, 56, 187-202.
- Von Baeyer, C. (2004). Children's Memory for Pain: Overview and Implications for Practice. *J. Pain*, 5, 241-249.
- Watson, A.T. & Visram, A. (2003). Children's preoperative anxiety and postoperative behaviour. *Paediatric Anaesthesia*, 13, 188-204.
- Welter, C.L.W. & Feix, L.F. (2010). Falsas memórias, sugestionabilidade e testemunho infantil. In: Stein, LM. Et al. *Falsas memórias: fundamentos científicos e suas aplicações clínicas e jurídicas*. (157-185). Porto Alegre: Atmed.
- Wessel, I., Van der Kooy, P. & Merckelbach, H. (2000). Differential recall of central and peripheral details of emotional slides is not a stable phenomenon. *Memory*, 8 (2), 95-109.

- Yamada, M.O. & Bevilacqua, M.C. (2005). O trabalho do psicólogo no programa de implante coclear do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22 (3), 255-262.
- Zamo, C.G.S. (1997). O cuidado: terapia de Enfermagem na Pediatria. In: Ceccim, R.B. & Carvalho, P.R.A. (org.). *Criança Hospitalizada: Atenção integral como escuta a vida*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Roteiro de entrevista com a mãe antes da preparação pré-cirúrgica

1. Dados de identificação:
Nome:
Nome do filho(a):
Data de nascimento do filho(a):
Procedência:
Escolaridade do filho(a):
Diagnóstico:
Tipo de cirurgia:
Renda aproximada:
2. É a primeira vez que seu filho é internado para fazer uma cirurgia?
3. Como você recebeu o diagnóstico?
4. O que você disse para o seu filho sobre o motivo pelo qual teria que vir para o hospital?
5. Qual foi a reação dele?
6. O que você disse para o seu filho sobre o que vai acontecer no hospital?
7. O que você disse para o seu filho sobre como será a cirurgia?

APÊNDICE 2 – Roteiro de entrevista com a mãe depois da preparação pré-cirúrgica

1. Dados de identificação:

Nome:

Nome do filho(a):

2. Quais foram as reações de seu filho em relação à preparação realizada para a cirurgia?
3. Como ele acordou no dia de hoje, sabendo que faria uma cirurgia?
4. Como estão sendo os momentos antes da cirurgia para o seu filho?
5. Ele perguntou alguma coisa ao acordar no dia de hoje?

APÊNDICE 3 – Roteiro de entrevista com a criança após a cirurgia

1. Dados de identificação:
Nome:
2. Você lembra que eu conversei contigo no hospital quando você foi fazer uma cirurgia?
3. O que você lembra sobre aquele dia em que você foi para o hospital?
4. O que você lembra sobre a cirurgia que você fez?
5. Você lembra que nós conversamos sobre sua cirurgia naquele dia? (Para as crianças que tiverem sido preparadas).
6. O que você sentiu quando você acordou depois da cirurgia?
7. Você teve alguma reação logo depois que você acordou da cirurgia?
8. Você perguntou algo para sua mãe depois da cirurgia?
9. Como foi voltar para casa depois da cirurgia?
10. Como está sendo a sua recuperação?
11. Há mais alguma coisa que você gostaria de falar sobre a sua cirurgia?

APÊNDICE 4 – Cálculo de Acordo de Juizes

O presente vídeo destina-se a preparar crianças em situação pré-cirúrgica, por meio de um desenho animado que salienta as principais etapas de uma cirurgia infantil.

Este vídeo faz parte de uma pesquisa que objetiva avaliar os efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças submetidas a cirurgias eletivas. A pesquisa consta de quatro grupos, sendo um de controle, um que fornecerá informações verbais as crianças, um que proporcionará manuseio de um boneco cirúrgico e um que mostrará o vídeo de desenho animado.

No vídeo existirão quatro personagens: pai, mãe, criança e médico. Na história, a criança será levada ao médico por sua mãe e ficará sabendo que precisará se submeter a uma cirurgia. O médico tentará tranquilizar a criança, contando que ela irá para o Centro Cirúrgico (CC), deitada em uma maca, vestindo um pijama hospitalar específico para a cirurgia. Para tanto, a criança será informada sobre a necessidade e importância do jejum no período que antecede a cirurgia.

Ao chegar ao CC, o personagem do vídeo usará uma máscara, a qual permite a inalação de uma medicação, meio este pelo qual a criança dorme. Também será informado que um “caninho” será colocado em seu braço, para receber mais medicação. O personagem será colocado no soro, e será entubado, pois é através do tubo que receberá mais oxigênio e anestesia. Todas as crianças assistirão ao mesmo vídeo, com informações gerais sobre o procedimento, e deste modo, nenhuma informação específica sobre cada cirurgia será concedida.

Terminada a cirurgia, a criança assistirá no vídeo, o personagem retornando ao quarto, local em que encontrará sua mãe ou responsável, o qual permanecerá com ele até sua total recuperação. Depois ela voltará para casa, e com o tempo nem se lembrará do que passou.

Vale ressaltar que muitas das informações citadas serão apenas narradas.

CAROS JUIZES

Gostaríamos de solicitar sua avaliação deste vídeo para averiguar se o mesmo é eficiente para a preparação psicológica das crianças submetidas a cirurgia. O vídeo será o mesmo para todas as crianças e para tanto, preconiza informações comuns a todas as

cirurgias, visto que a pesquisa engloba três diferentes tipos de cirurgia, sem especificações sobre nenhuma delas.

Você considera que o vídeo informa o que é necessário que a criança saiba antes da cirurgia?

() Sim () Não

Justifique:_____

Você considera que o vídeo poderia ajudar a diminuir o stress da criança em relação ao procedimento cirúrgico?

() Sim () Não

Justifique:_____

Você considera que o vídeo tranquiliza a criança para a realização da cirurgia?

() Sim () Não

Justifique:_____

GRATAS

**CAMILLA VOLPATO BROERING
E MARIA APARECIDA CREPALDI**

APÊNDICE 5 – Análise de Concordância**Com as crianças**

1. Você acha que as crianças da sua idade vão gostar deste vídeo?

☐ **Sim**

☐ **Não**

Justifique: _____

2. E as crianças que precisam fazer uma cirurgia iriam gostar?

☐ **Sim**

☐ **Não**

Justifique: _____

3. Você acha que o vídeo explica bem o que as crianças que precisam de cirurgia irão passar?

☐ **Sim**

☐ **Não**

Justifique: _____

APÊNDICE 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DOUTORADO EM PSICOLOGIA

O hospital..... situado à ruanº..... na cidade de....., Santa Catarina, está ciente de que será realizada nesta instituição, a pesquisa intitulada **“Efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas e suas memórias”**, a fim de verificar qual o efeito de três programas diferentes de preparação psicológica pré-cirúrgica no stress, na ansiedade e nas memórias de crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas. Esta pesquisa não apresentará riscos para os participantes e terá como benefício, a melhor compreensão sobre o processo de hospitalização e cirurgia, reduzindo assim, sua ansiedade frente ao procedimento cirúrgico. Os dados coletados poderão ser utilizados tanto para fins acadêmicos, como para publicação em eventos científicos por professores idôneos no ensino de seus alunos do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Os dados referentes às pessoas envolvidas na pesquisa serão mantidos em sigilo.

Sendo assim, autorizo a pesquisadora aqui denominada Camilla Volpato Broering, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, orientada pela Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi, a responsabilidade pelo desenvolvimento da pesquisa com as crianças hospitalizadas desta instituição.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelos telefones (47) 3368-5503 ou (48) 3331-8560.

Assinaturas:

Camilla Volpato Broering
Pesquisador principal - Doutoranda

Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi
Pesquisador responsável - Orientador

Eu, responsável legal por esta instituição, declaro através deste documento, o meu consentimento para a realização da pesquisa **“Efeitos da preparação psicológica pré-**

cirúrgica em crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas e suas memórias”, a ser realizada neste Hospital Infantil.

Declaro ainda, que estou ciente de seu objetivo e métodos.

.....de.....de 2012.

..... RG:.....

Assinatura do responsável

APÊNDICE 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Eu, Camilla Volpato Broering, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-o (a), assim como, (nome da criança) a participar do processo de coleta de dados de minha tese de Doutorado, sob orientação da Professora Dra. Maria Aparecida Crepaldi.

Esta pesquisa que se intitula “**Efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas e suas memórias**”, e tem por objetivo verificar qual o efeito de três programas de preparação psicológica pré-cirúrgica na ansiedade, no stress e nas memórias de crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas.

A participação de vocês acontecerá através do consentimento da minha presença na hospitalização, consulta ao prontuário hospitalar e em entrevistá-lo (a) e a criança durante a hospitalização, bem como autorizar a participação da criança em um programa de preparação pré-cirúrgica. Este consistirá na realização de desenhos, entrevista, fornecer informações e aplicação de uma Escala de Stress Infantil – ESI e um Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE –C. A coleta de dados dar-se-á em três momentos distintos.

O seu nome, ou qualquer dado que possa identificá-lo não serão usados. A sua participação é absolutamente voluntária, e a pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento. A sua recusa, ou da criança, em participar não trará qualquer penalidade ou prejuízo ao seu atendimento e tratamento da criança. Mantém-se também o seu direito de desistir da participação a qualquer momento. Esta pesquisa terá como benefício, a melhor compreensão sobre o processo de hospitalização e cirurgia, reduzindo assim, a ansiedade frente ao procedimento cirúrgico. Bem como, salientará a importância do psicólogo na situação de hospitalização, e em específico, na situação pré-cirúrgica infantil. Caso ocorra o fato de que a criança ou seu cuidador fiquem constrangidos, o que implica num risco da pesquisa, os participantes serão acolhidos e encaminhados ao Serviço de Psicologia da Univali.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar do estudo, como também o seu filho/a, solicito a

assinatura do mesmo em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelos telefones (47) 3368-5503 ou (48) 3331-8560.

Assinaturas:

Camilla Volpato Broering
Pesquisador principal - Doutoranda

Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi
Pesquisador responsável - Orientador

Eu, responsável legal de, abaixo assinado, declaro através deste documento, o meu consentimento em participarmos da pesquisa **“Efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas e suas memórias”**, a qual será realizada neste Hospital Infantil.

Declaro ainda, que estou ciente de seu objetivo e métodos, bem como de meus direitos de anonimato e de desistir a qualquer momento.

.....,de.....de 2012.

..... RG:.....

Assinatura do responsável

APÊNDICE 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Eu, Camilla Volpato Broering, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-o a participar do processo de coleta de dados de minha tese de Doutorado, sob orientação da Professora Dra. Maria Aparecida Crepaldi.

Esta pesquisa que se intitula “**Efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas e suas memórias**”, e tem por objetivo verificar qual o efeito de três programas de preparação psicológica pré-cirúrgica na ansiedade, no stress e nas memórias de crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas.

A sua participação acontecerá através do seu consentimento da minha presença para poder entrevistá-lo (a), bem como a sua participação em um programa de preparação pré-cirúrgica. Este consistirá na realização de desenhos, entrevista sobre os mesmos, fornecer informações e aplicação de uma Escala de Stress Infantil – ESI e um Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE –C. A coleta de dados dar-se-á em três momentos distintos.

O seu nome, ou qualquer dado que possa identificá-lo não serão usados. A sua participação é absolutamente voluntária, e a pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento. A sua recusa, em participar não trará qualquer penalidade ou prejuízo ao seu atendimento e tratamento. Mantém-se também o seu direito de desistir da participação a qualquer momento. Esta pesquisa terá como benefício, a melhor compreensão sobre o processo de hospitalização e cirurgia, reduzindo assim, sua ansiedade frente ao procedimento cirúrgico. Bem como, salientará a importância do psicólogo na situação de hospitalização, e em específico, na situação pré-cirúrgica infantil. Caso ocorra o fato de que a criança ou seu cuidador fiquem constrangidos, o que implica num risco da pesquisa, os participantes serão acolhidos e encaminhados ao Serviço de Psicologia da Univali.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar do estudo, solicito a assinatura do mesmo em duas vias, sendo que uma delas permanecerá com a sua mãe ou responsável.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelos telefones (47) 3368-5503 ou (48) 3331-8560.

Assinaturas:

Camilla Volpato Broering
Pesquisador principal - Doutoranda

Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi
Pesquisador responsável - Orientador

Eu, abaixo assinado, declaro através deste documento, o meu consentimento em participar da pesquisa **“Efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas e suas memórias”**, a qual será realizada neste Hospital Infantil.

Declaro ainda, que estou ciente de seu objetivo e métodos, bem como de meus direitos de anonimato e de desistir a qualquer momento.

.....,de.....de 2012.

..... RG:.....

Assinatura do responsável

APÊNDICE 9 – Protocolo de preparação pré-cirúrgica I

Neste tipo de preparação psicológica pré-cirúrgica, não será utilizado nenhum tipo de material hospitalar auxiliar, e sim, realizar-se-á uma conversa informal sobre a cirurgia entre a pesquisadora e a criança a ser submetida àquela.

Depois de feito o rapport com a criança, a pesquisadora informará à mesma todos os passos pelos quais ela irá passar, desde o momento em que ela sair do quarto de internação, passando pela ida para a sala de cirurgia e tudo que ocorrerá nesta, até o momento em que voltará para o quarto junto de sua mãe. Usar-se-á de linguagem clara e objetiva para melhor compreensão da criança. As informações que serão concedidas à criança terão o objetivo de torná-la conhecedora de tudo que será feito com seu corpo, e deste modo, auxiliá-la no manejo e compreensão de sua cirurgia. Num primeiro momento a pesquisadora questionará a criança sobre o que ela sabe sobre sua cirurgia, como pensa que será e quais são as suas dúvidas sobre a mesma. Feito isso, a pesquisadora informará-lhe sobre o que realmente acontecerá, procurando torná-la conhecedora sobre cada procedimento. As informações a serem concedidas à criança foram obtidas no próprio hospital em que será realizada a pesquisa, a fim de manter a veracidade das mesmas.

A criança será informada de que o Centro Cirúrgico (CC) do hospital localiza-se no andar térreo do hospital, e que para a realização da cirurgia ela terá que descer pelo elevador do hospital, deitada em uma maca, vestindo um pijama hospitalar específico para a cirurgia. Para tanto, a criança será informada sobre a necessidade e importância do jejum no período que antecede a cirurgia. Ao chegar ao CC, a criança permanecerá numa ante-sala para tomar a anestesia, a qual será administrada através do “cheirinho” (termo utilizado com as crianças), o qual consiste numa medicação colocada numa espécie de lenço branco, meio este pelo qual a criança dorme e não percebe mais nada.

Mesmo não vendo o que lhe irá acontecer, a criança receberá as informações sobre o que os médicos farão com ela, após a anestesia. Neste caso, a criança será colocada no soro, e será entubada, pois é através do tubo que ela receberá mais oxigênio e anestesia. No entanto, a informação a ser repassada à criança é a de que ela receberá um “caninho” em sua boca para ajudá-la a respirar.

Cada criança receberá informações específicas sobre o seu tipo de cirurgia, além dos procedimentos corriqueiros e comuns a todos os procedimentos cirúrgicos.

Em casos de cirurgia de adenóide (AD) e de amígdala (A), coloca-se um ferro na boca da criança, em forma de V, para mantê-la aberta durante o tempo da cirurgia, a qual terá duração em média de uma hora a uma hora e meia. Ainda nestes tipos de cirurgia será colocado sobre a cabeça da criança um tecido, para que os médicos possam visualizar melhor a região a ser operada.

Em caso de adenoidectomia, é feita uma raspagem com uma pá cirúrgica, informação esta que será passada para a criança, como se fosse uma “bolinha” a ser raspada dentro de sua boca. Feito isso, costura-se o local e far-se-á um curativo.

Em caso de amigdalectomia, a amígdala é cortada, ou seja, a bolinha será cortada, e realizado isso, será costurado e feito um curativo.

Em casos de hérnia, seja ela, inguinal (HI) ou umbilical (HU), a hérnia é cortada, costura-se e faz-se o curativo.

Terminada a cirurgia, seja ela qual for dentro das três cirurgias escolhidas para a presente pesquisa, a criança será transferida para a sala de RPA (recuperação pós-anestésica). A criança receberá esta informação de que será transferida, quando a cirurgia terminar, para outra sala, com vários desenhos nas paredes e enfermeiras que estarão lhe examinando. No tempo em que ela permanecerá nesta sala, será preenchido uma tabela com os sinais vitais da criança, todas as reações que ela terá, e o tempo em que estas reações ocorrerão. Depois que a tabela for preenchida, normalmente a criança acordará e retornará ao quarto.

Estando a criança com os sinais recobrados, ela retornará ao quarto, onde encontrará sua mãe ou responsável, o qual permanecerá com ela até sua total recuperação, momento este em que a criança receberá alta e voltará para casa.

A criança receberá a informação de que ao voltar para o quarto, pode ser que ela apresente algumas reações desagradáveis, tais como enjoo, vontade de chorar, reações estas, normais e resultantes do medicamento que receberam durante a cirurgia. Também lhe será informado que voltará para casa no mesmo dia da cirurgia, caso não ocorra nenhuma complicação.

APÊNDICE 10 – Protocolo de preparação pré-cirúrgica II

Neste tipo de preparação psicológica pré-cirúrgica, utilizar-se-á de um kit de preparação pré-cirúrgica, o qual constará de: máscara cirúrgica utilizada pelo médico e máscara cirúrgica utilizada pela criança, frasco do soro com equipo, algodão, esparadrapo, estetoscópio do médico, seringa, luva, roupas usadas pelos médicos e pelas crianças, touca, propé e canudo. Estes materiais constituem-se de sucata hospitalar, que permitem que a criança encene a situação, tornando-se ativa e adquirindo maior controle sobre o desconhecido que esses eventos representam. Também será utilizado um boneco cirúrgico, o qual acompanha materiais hospitalares infantis tais como: estetoscópio, luva, máscara, propé, pijama hospitalar, tesoura, termômetro, bisturi e pá.

Depois de feito o rapport com a criança, a pesquisadora informará à mesma todos os passos pelos quais ela irá passar, desde o momento em que ela sair do quarto de internação, passando pela ida para a sala de cirurgia e tudo que ocorrerá nesta, até o momento em que voltará para o quarto junto de sua mãe. Usar-se-á de linguagem clara e objetiva para melhor compreensão da criança. As informações que serão concedidas à criança serão acompanhadas por materiais e instrumentos, que permitem que a criança possa fazer com o boneco, exatamente aquilo que será feito com ela. Esta atividade terá o objetivo de torná-la conhecedora de tudo que será feito com seu corpo, ao mesmo tempo, em que ela mesma irá fazendo com o boneco, e deste modo, auxiliá-la na desmistificação da cirurgia e melhor compreensão da mesma.

Num primeiro momento a pesquisadora questionará a criança sobre o que ela sabe sobre sua cirurgia, como pensa que será e quais são as suas dúvidas sobre a mesma. A pesquisadora dará à criança total liberdade neste momento para que ela use os materiais do kit de preparação, pedindo a ela que represente no boneco, como ela acha que será feito com ela. Feito isso, a pesquisadora informará-lhe sobre o que acontecerá, procurando torná-la conhecedora sobre cada procedimento. As informações a serem concedidas à criança foram obtidas no próprio hospital em que será realizada a pesquisa, a fim de manter a veracidade das mesmas.

A criança será informada de que o Centro Cirúrgico (CC) do hospital localiza-se no andar térreo do hospital, e que para a realização da cirurgia ela terá que descer pelo elevador do hospital, deitada em uma maca, vestindo um pijama hospitalar específico para a cirurgia. Para

tanto, a criança será informada sobre a necessidade e importância do jejum no período que antecede a cirurgia. Neste momento, a criança terá acesso ao pijama hospitalar, e terá a oportunidade de vesti-lo no boneco, juntamente com a touca e o propé (proteção para os pés). Será mostrado para a criança um pijama igual ao que ela irá usar, bem como, será mostrado o pijama do médico, para que ela se identifique e perceba que suas vestimentas são iguais às do médico que irá lhe operar, assim, como as vestimentas do boneco serão iguais às suas.

Ao chegar ao CC, a criança permanecerá numa ante-sala para tomar a anestesia, que será administrada através do “cheirinho” (termo utilizado com as crianças), o qual consiste numa medicação colocada numa espécie de lenço branco, meio este pelo qual a criança dorme. A criança colocará neste instante a máscara no rosto do boneco, como se estivesse administrando a anestesia, a fim de que visualize de que forma ela própria irá receber a anestesia. A criança também receberá a instrução de colocar as luvas, para manusear o boneco, visto que o médico que irá operá-la também usará.

Mesmo não vendo o que lhe irá acontecer, a criança receberá as informações sobre o que os médicos farão com ela, após a anestesia. Neste caso, a criança será colocada no soro, e será entubada, pois é através do tubo que ela receberá mais oxigênio e anestesia. No entanto, a informação a ser repassada à criança é a de que ela receberá um “caninho” em sua boca para ajudá-la a respirar. A criança tendo acesso ao frasco de soro com equipo e à seringa, poderá manuseá-los no boneco, bem como poderá colocar um canudo na boca do boneco, representando o caninho para ajudá-la a respirar.

Cada criança receberá informações específicas sobre o seu tipo de cirurgia, além dos procedimentos corriqueiros e comuns a todos os procedimentos cirúrgicos.

Em casos de cirurgia de adenóide (AD) e de amígdala (A), coloca-se um ferro na boca da criança, em forma de V, para mantê-la aberta durante o tempo da cirurgia, a qual terá duração em média de uma hora a uma hora e meia. Ainda nestes tipos de cirurgia será colocado sobre a cabeça da criança um tecido, para que os médicos possam visualizar melhor a região a ser operada. Neste caso, a criança poderá colocar um tecido qualquer sobre a cabeça do boneco, abrindo sua boca, a fim de que possa visualizar apenas a parte do rosto em questão.

Em caso de adenoidectomia, é feita uma raspagem com uma pá cirúrgica, informação esta que será passada para a criança, como se fosse uma “bolinha” a ser raspada dentro de sua boca. Feito isso,

costura-se o local e far-se-á um curativo. A própria criança com os instrumentos próprios do boneco poderá pegar a pá e fazer uma raspagem na boca do boneco, e terminado isso, poderá colocar algodão e esparadrapo para fazer o curativo.

Em caso de amigdalectomia, a amígdala é cortada, ou seja, a bolinha será cortada, e realizado isso, será costurado e feito um curativo. A criança poderá pegar a tesoura do boneco, cortar a bolinha, colocar esparadrapo e algodão para fazer o curativo.

Em casos de hérnia, seja ela, inguinal (HI) ou umbilical (HU), a hérnia é cortada, costura-se e faz-se o curativo. O mesmo procedimento será utilizado pela criança em relação ao boneco, fazendo uso neste caso do bisturi, como também da tesoura, algodão e esparadrapo. Neste caso, a criança será informada que lhe será feito um pequeno corte.

Terminada a cirurgia, seja ela qual for dentro das três cirurgias escolhidas para a presente pesquisa, a criança será transferida para a sala de RPA (recuperação pós-anestésica). A criança receberá esta informação de que será transferida, quando a cirurgia terminar, para outra sala, com vários desenhos nas paredes e enfermeiras que estarão lhe examinando. No tempo em que ela permanecerá nesta sala, será preenchido uma tabela com os sinais vitais da criança, todas as reações que ela terá, e o tempo em que estas reações ocorrerão. Depois que a tabela for preenchida, normalmente a criança acordará e retornará ao quarto. A criança poderá usar o termômetro para medir a temperatura do boneco, bem como o estetoscópio do boneco, para auscultar os batimentos cardíacos, e assim, tomar conhecimento de como será feito com ela, quando a equipe médica estiver avaliando seus sinais vitais.

Estando a criança com os sinais recobrados, ela retornará ao quarto, onde encontrará sua mãe ou responsável, o qual permanecerá com ela até sua total recuperação, momento este em que a criança receberá alta e voltará para casa.

A criança receberá a informação de que ao voltar para o quarto, pode ser que ela apresente algumas reações desagradáveis, tais como enjoo, vontade de chorar, reações estas, normais e resultantes do medicamento que receberam durante a cirurgia. Também lhe será informado que voltará para casa no mesmo dia da cirurgia, caso não ocorra nenhuma complicação.

Vale ressaltar que o kit de preparação pré-cirúrgica será confeccionado pela pesquisadora, utilizando-se também dos materiais do hospital onde será realizada a pesquisa, bem como, de materiais e instrumentos de responsabilidade da pesquisadora. Durante a aplicação

do programa de preparação, a criança poderá tirar dúvidas, bem como manusear o boneco após receber as informações, a fim de que ela realmente esteja certa daquilo pelo qual irá passar.

APÊNDICE 11 – Protocolo de preparação pré-cirúrgica III

Neste tipo de preparação psicológica pré-cirúrgica, utilizar-se-á de um vídeo explicativo de preparação pré-cirúrgica, o qual constará de informações a respeito do procedimento cirúrgico ao qual a criança será submetida.

Depois de feito o rapport com a criança, a pesquisadora informará à mesma todos os passos pelos quais ela irá passar, por meio de um vídeo transmitido num notebook. Num primeiro momento a pesquisadora questionará a criança sobre o que ela sabe sobre sua cirurgia, como pensa que será e quais são as suas dúvidas sobre a mesma.

No vídeo existirão quatro personagens: pai, mãe, criança e médico. Na história, a criança será levada ao médico por seus pais e ficará sabendo que precisará se submeter a uma cirurgia. O médico contará para a criança que ela irá para o Centro Cirúrgico (CC), localizado no andar térreo, e que para a realização da cirurgia terá que descer pelo elevador do hospital, deitada em uma maca, vestindo um pijama hospitalar específico para a cirurgia. Para tanto, a criança será informada sobre a necessidade e importância do jejum no período que antecede a cirurgia.

Ao chegar ao CC, o personagem do vídeo permanecerá numa ante-sala para tomar a anestesia, administrada através do “cheirinho” (termo utilizado com as crianças), o qual consiste numa medicação colocada numa espécie de lenço branco, meio este pelo qual a criança dorme. O personagem será colocado no soro, e será entubado, pois é através do tubo que receberá mais oxigênio e anestesia. Todas as crianças assistirão ao mesmo vídeo, com informações gerais sobre o procedimento, e deste modo, nenhuma informação específica sobre cada cirurgia será concedida.

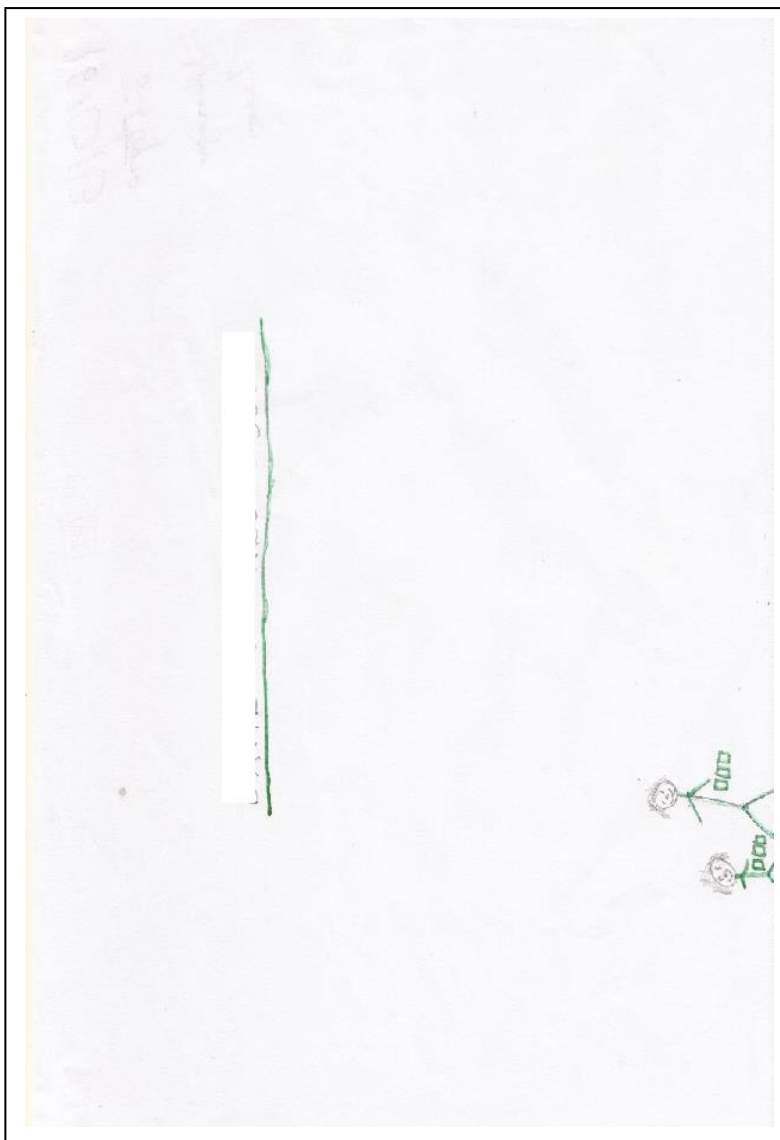
Terminada a cirurgia, seja ela qual for dentro das três cirurgias escolhidas para a presente pesquisa, a criança assistirá no vídeo, o personagem sendo transferido para a sala de RPA (recuperação pós-anestésica), com vários desenhos nas paredes e enfermeiras que estarão examinando-a. Feito isso, o personagem retornará ao quarto, onde encontrará sua mãe ou responsável, o qual permanecerá com ele até sua total recuperação, momento este em que receberá alta e voltará para casa.

O personagem receberá a informação de que ao voltar para o quarto, pode ser que apresente algumas reações desagradáveis, tais

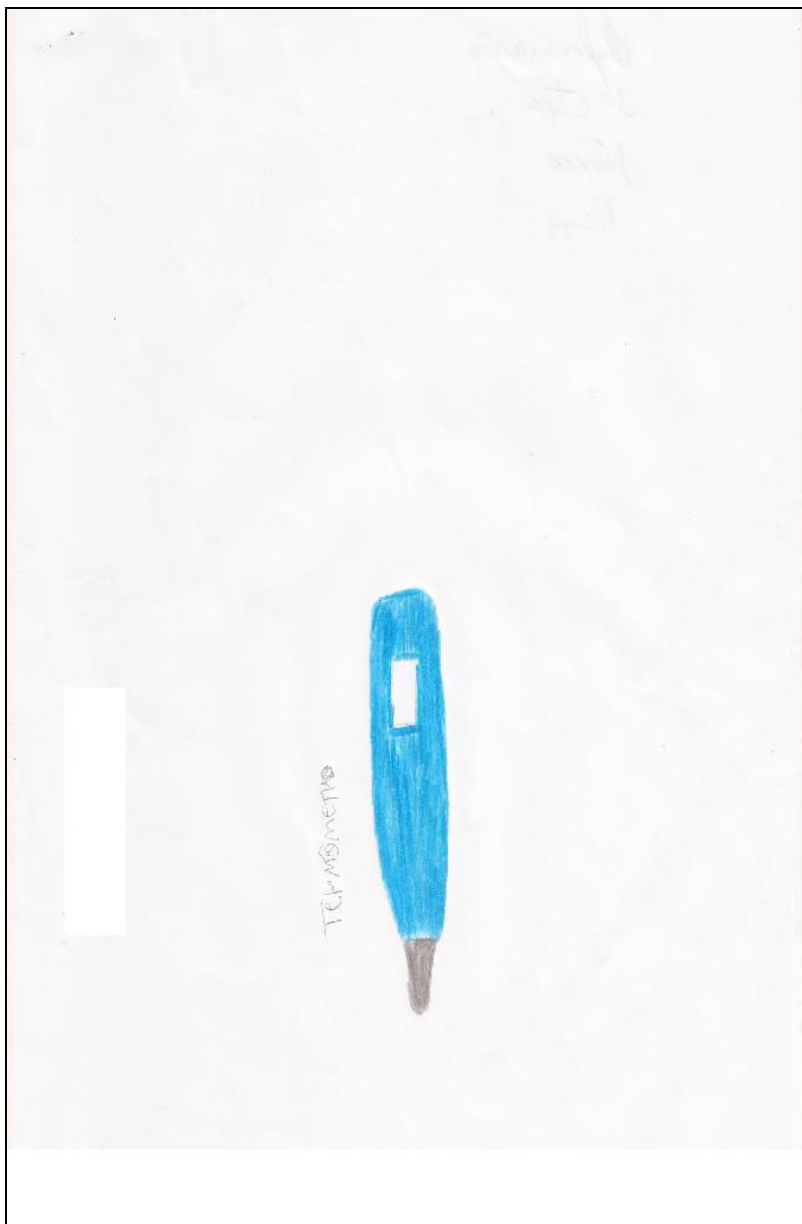
como enjoo, vontade de chorar, reações estas, normais e resultantes do medicamento que receberam durante a cirurgia. Também lhe será informado que voltará para casa no mesmo dia da cirurgia, caso não ocorra nenhuma complicação. Durante a transmissão do vídeo, a criança poderá tirar dúvidas sobre as cenas assistidas.

APÊNDICE 12 – Menino, 12 anos, AD



APÊNDICE 13 – Menino, 7 anos, AD

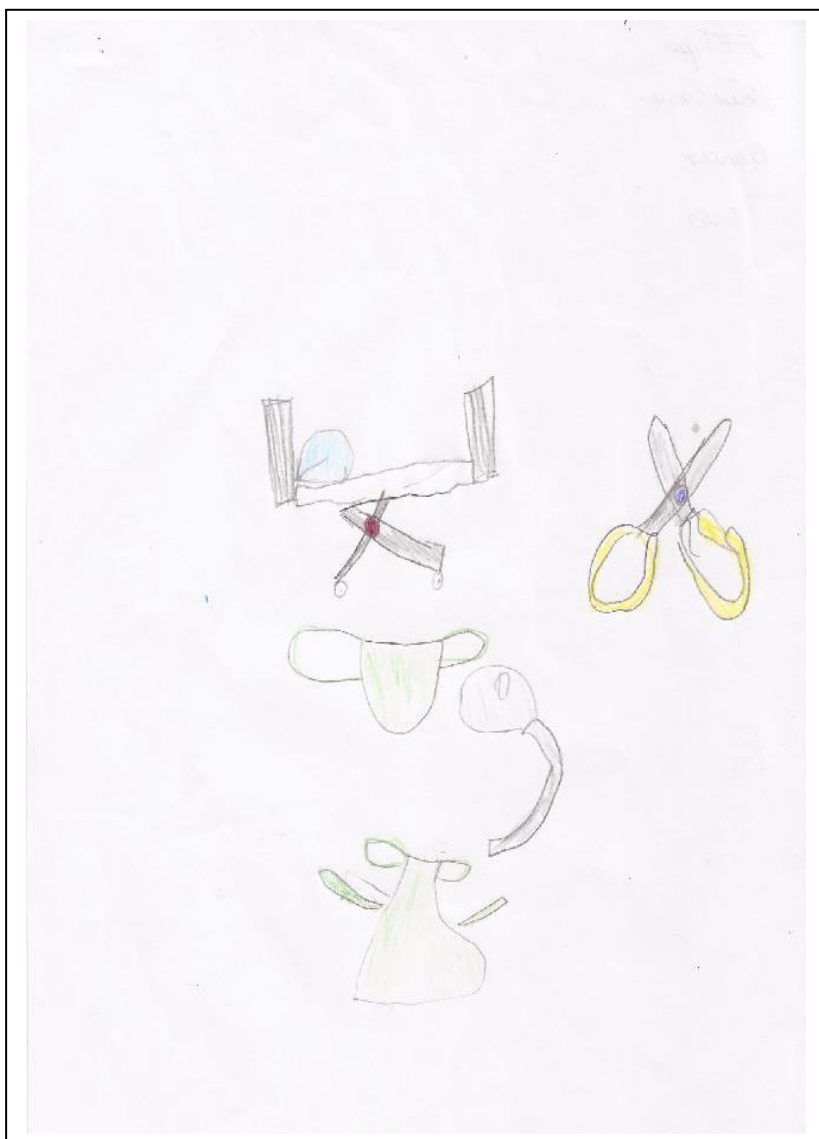
APÊNDICE 14 – Menino, 9 anos, HI

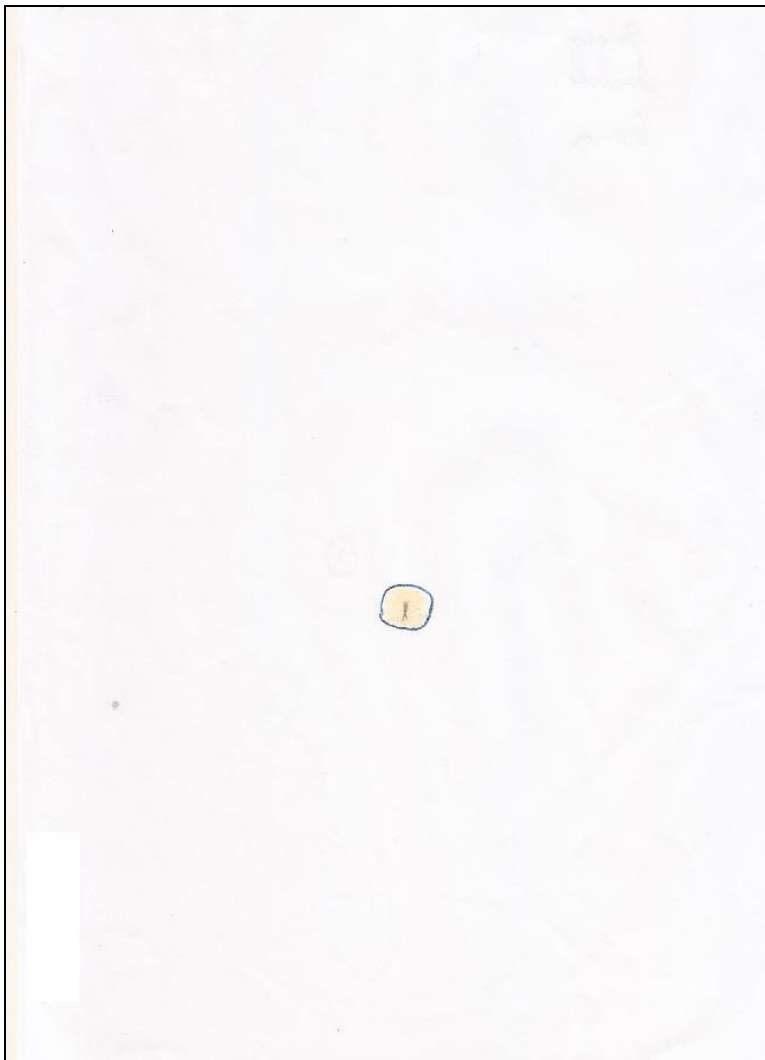
APÊNDICE 15 – Menina, 11 anos, A+AD

APÊNDICE 16 – Menino, 8 anos, P



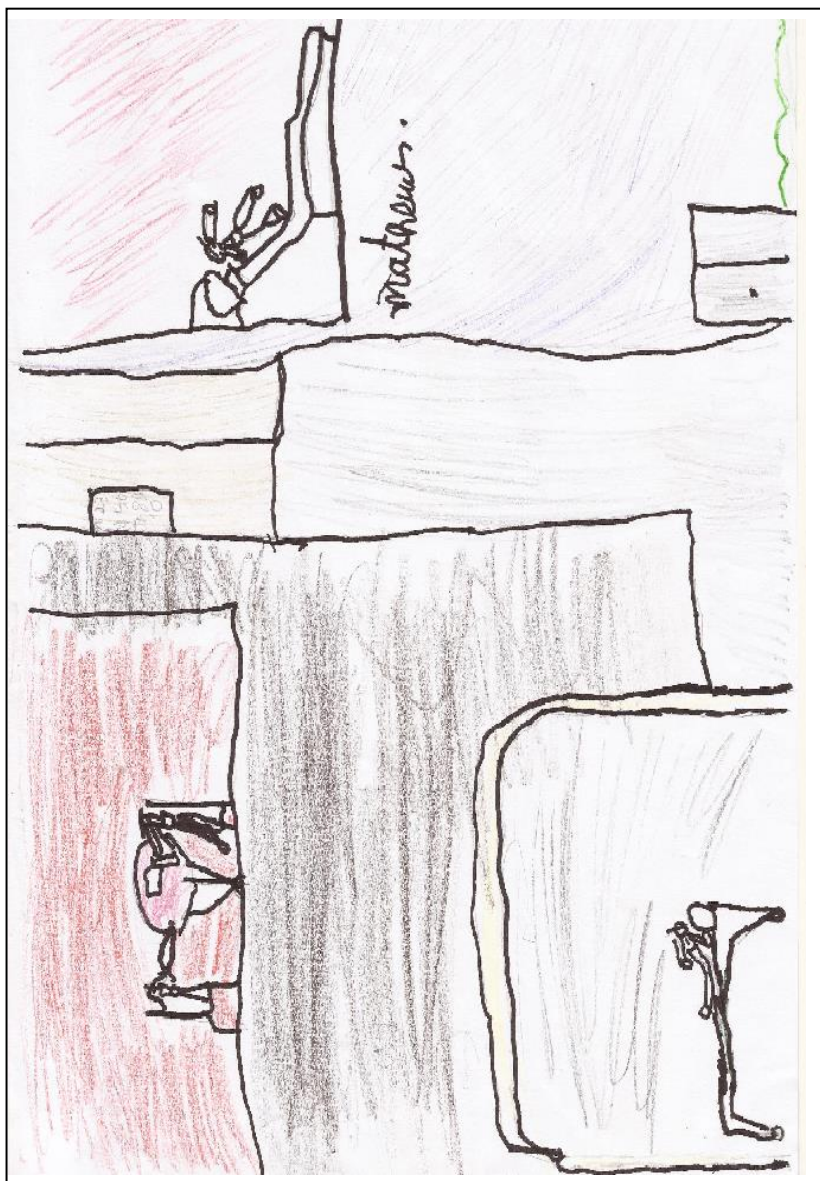
APÊNDICE 17 – Menina, 9 anos, HI

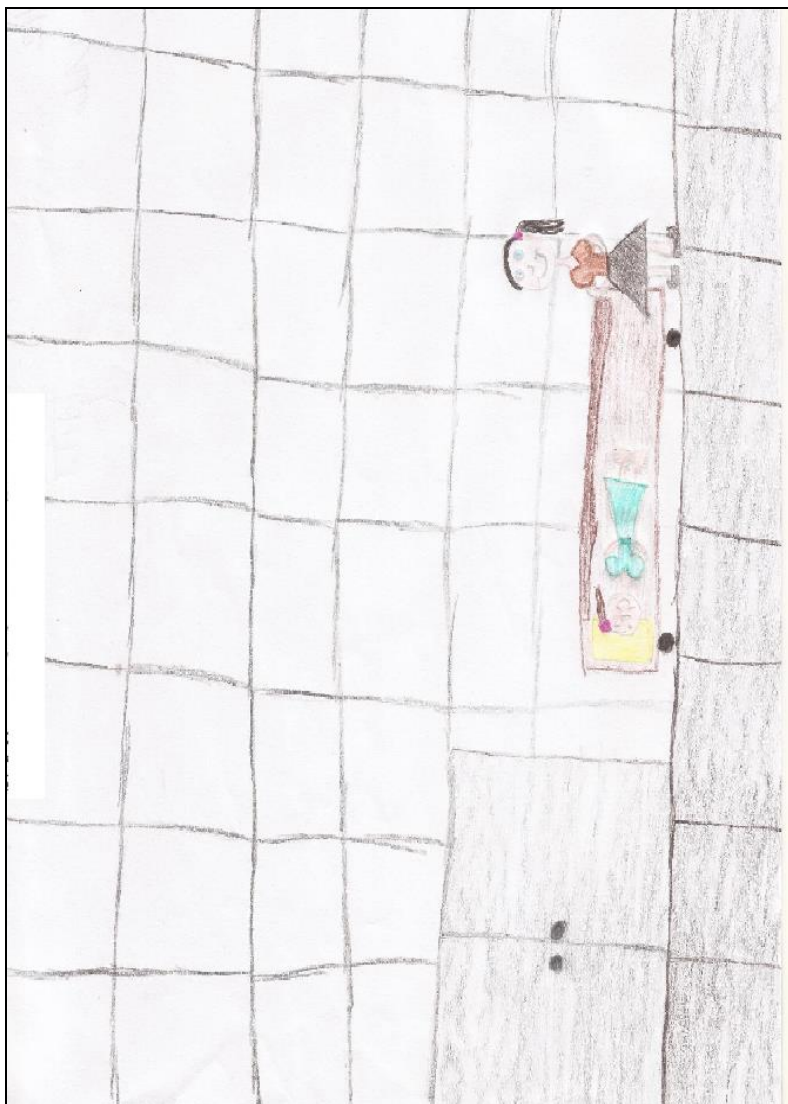
APÊNDICE 18 – Menino, 7 anos, AD

APÊNDICE 19 – Menina, 6 anos, HI

APÊNDICE 20 – Menina, 6 anos, AD

APÊNDICE 21 – Menino, 8 anos, A



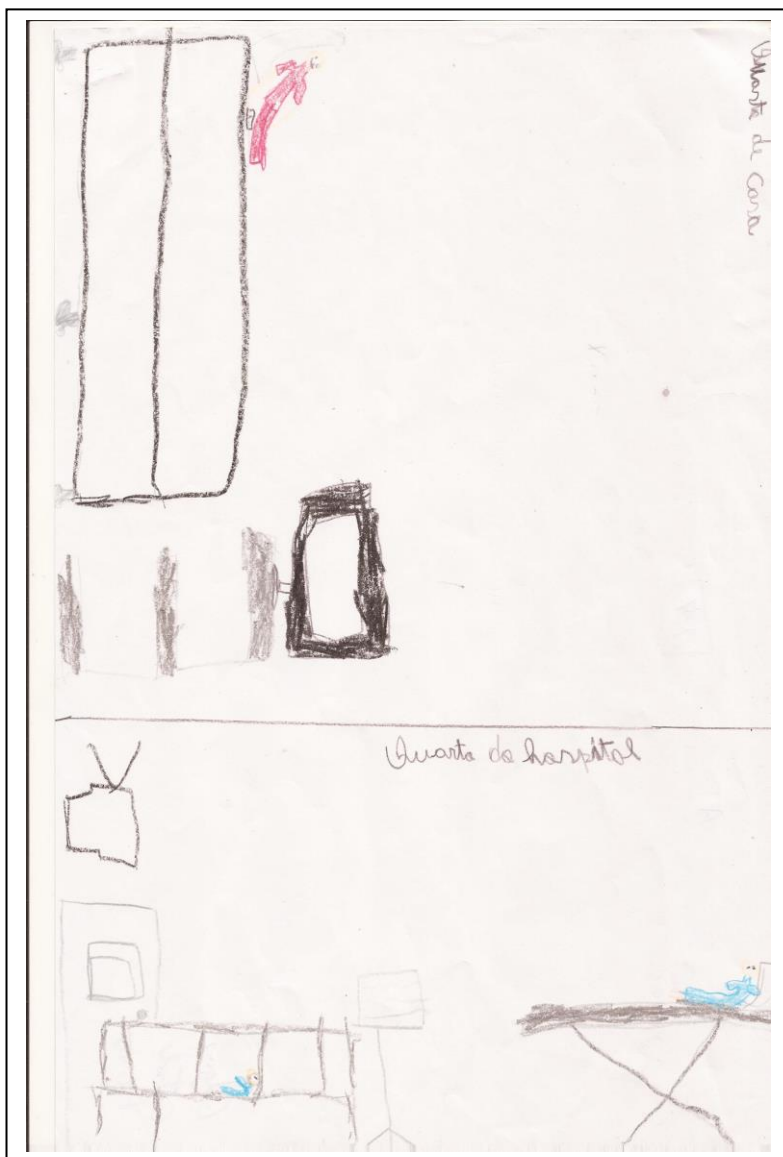
APÊNDICE 22 – Menina, 8 anos, A

APÊNDICE 23 – Menina, 8 anos, A+AD

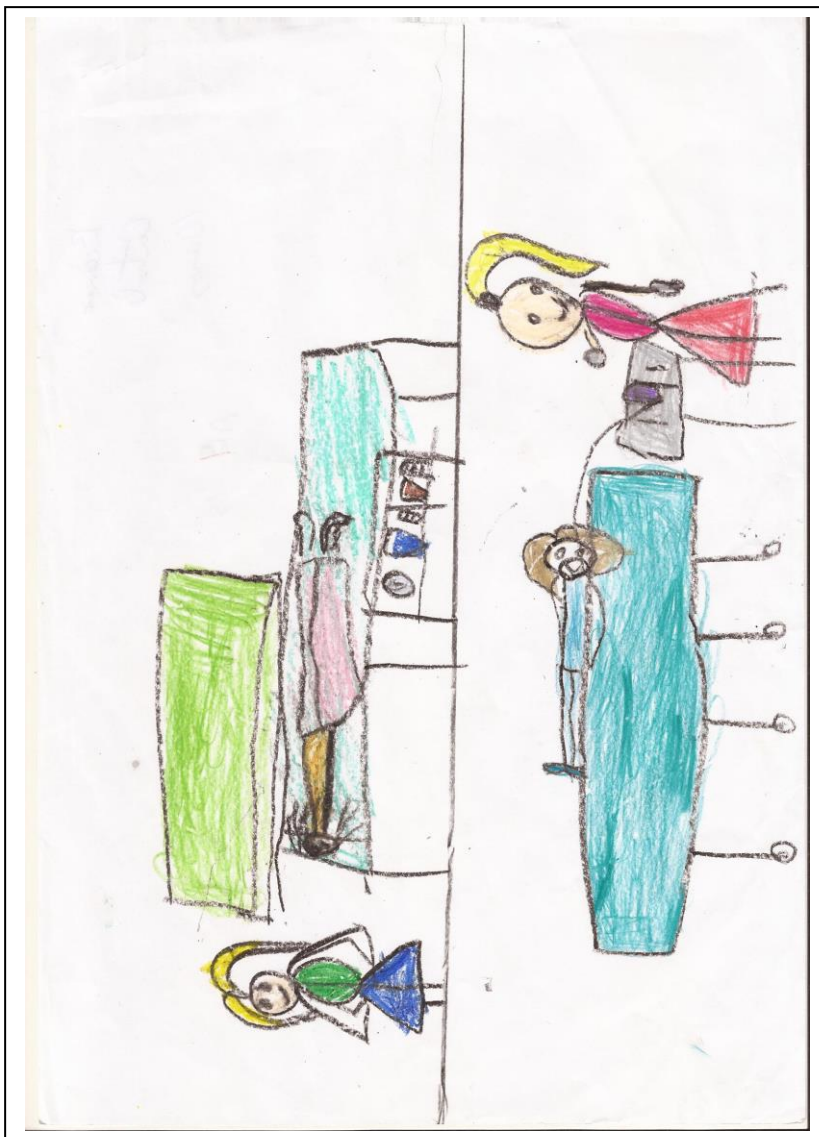


APÊNDICE 24 - Menino, 11 anos, A+AD

APÊNDICE 25 – Menino, 8 anos, HI



APÊNDICE 26 – Menina, 10 anos, AD



APÊNDICE 27 – Menina, 7 anos, A+AD